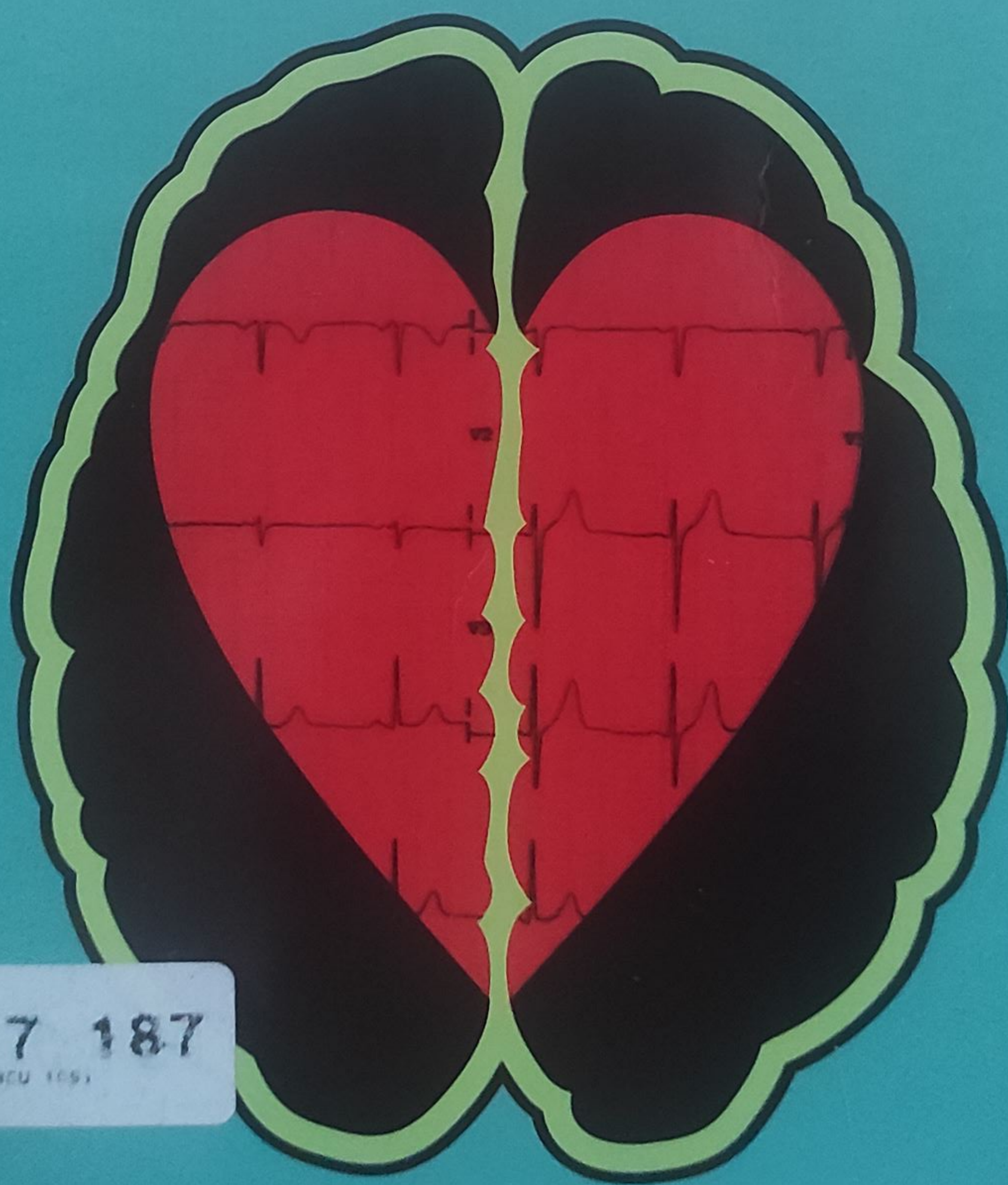


Ioan-Bradu Iamandescu
Crina Julieta Sinescu

616.1
I-22

PSIHOCARDIOLOGIE



III 317 187

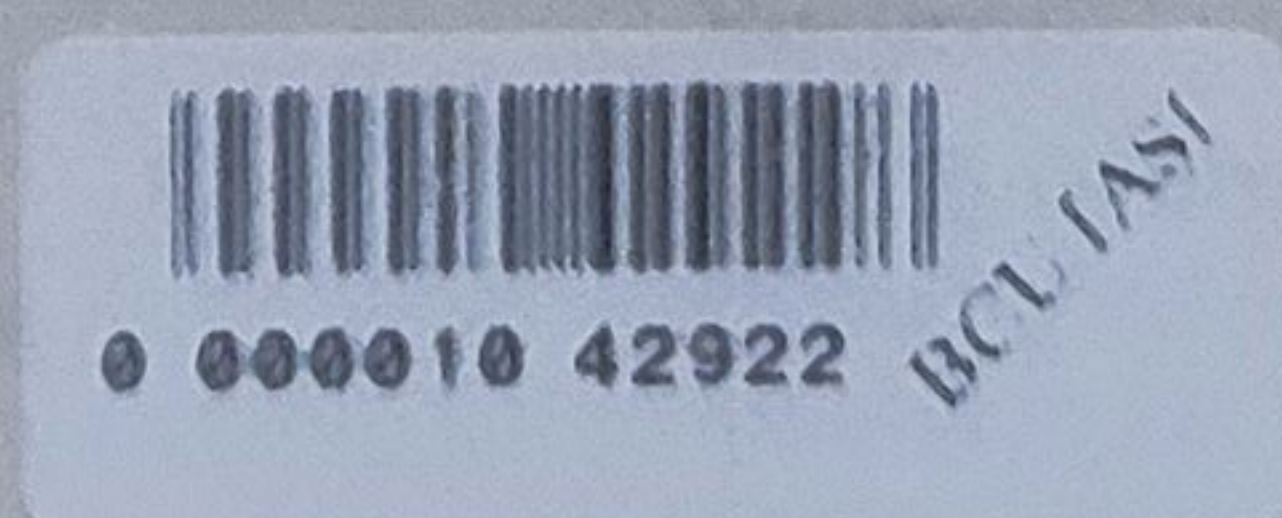
(SCU 105)

616.1
1-22

Ioan-Bradul Iamandescu
Crina Julieta Sinescu

PSIHOCARDIOLOGIE

725109



AUTORI

- ❑ **ALEXANDRU CHIȚU**
 - Psychiatry resident doctor NÄL Hospital, Trollhättan, Sweden
 - PhD student UMF „Carol Davila” Bucharest, Romania
- ❑ **IOANA CIOCA**
 - Psiholog clinician specialist, psihoterapeut
 - Doctor în Medicină
 - Asist. univ. U.M.F. „Carol Davila” București
 - Societate civilă profesională de psihologie „Cioca și Peleanu”, București
- ❑ **LILIANA VERONICA DIACONESCU**
 - Medic primar epidemiologie, psiholog clinician, psihoterapeut
 - Doctor în Medicină
 - Asist. univ. U.M.F. „Carol Davila” București
- ❑ **RADU MIHAI DUMITRESCU**
 - Medic primar ATI
 - Psihoterapeut Cognitiv-Comportamental
 - Spitalul Medcover București
- ❑ **ANCA FRUNZĂ (MONTAGNIER)**
 - Medic specialist Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
 - Medic specialist Endocrinologie
 - Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, Vannes, Morbihanm Francer
- ❑ **LAVINIA HOGEA**
 - Psihoterapeut, psihoterapie pozitivă
 - Doctor în Psihologie
 - Asist. univ. U.M.F. „Carol Davila” București
- ❑ **IRINA HOLDEVICI**
 - Psihoterapeut, formator profesional
 - Doctor în Psihologie
 - Prof. univ. Universitatea „Titu Maiorescu” București
- ❑ **IOAN BRADU IAMANDESCU**
 - Medic primar interne, alergologie
 - Psiholog formator profesional
 - Doctor în Medicină
 - Prof. univ. UMF „Carol Davila” București
- ❑ **MARIA IONESCU**
 - Psiholog principal, supervisor profesional, doctorand în psihologie
 - Centrul de Medicina Muncii Timișoara
- ❑ **DANIELA-ANCUȚA JUNCU**
 - Psiholog clinician, psihoterapeut
 - Academia Națională de Informații „Mihai Viteazul”
- ❑ **GHEORGHE MANOLE**
 - Medic primar interne, cardiologie
 - Doctor în medicină
 - Prof. univ. Facultatea de Medicină Universitatea „Titu Maiorescu” București
- ❑ **ALEXANDRA IOANA MIHĂILESCU**
 - Medic specialist psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof dr. Al. Obregia”
 - Doctor în medicină
 - Asist. univ. UMF Carol Davila, București
 - Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof dr. Al. Obregia”
- ❑ **AURELIA MORARU**
 - Psiholog clinician principal, psihoterapeut
 - Doctor în Psihologie
 - Lector univ. Universitatea „Andrei Șaguna” Constanța
 - Cabinet Individual de Psihologie, Constanța
- ❑ **LILIANA NEAGU**
 - Psiholog principal, psihoterapeut
 - Secția Psihiatrie, Spitalul Orășenesc Pucioasa
 - Doctor în medicină
 - Lector univ. U.S.H. Brașov
- ❑ **MATEI VALENTIN PETRE**
 - Medic primar psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. dr. Al. Obregia”
 - Doctor în medicină
 - Șef de lucrări U.M.F. „Carol Davila”, București
- ❑ **ANISIA POPA**
 - Psiholog clinician, psihoterapeut
 - Master în Psihologie Clinică
 - Cabinet individual, Constanța
- ❑ **ANDREEA-CORINA ROPOTEANU**
 - Psiholog clinician, psihoterapeut
 - Doctor în Medicină
 - Academia Națională de Informații „Mihai Viteazul”

❑ **CRINA JULIETA SINESCU**

- Medic primar cardiologie, Spitalul de urgență „Dr. Bagdasar-Arseni“
- Doctor în Medicină
- Prof. univ. U M F „Carol Davila“ București

❑ **ALINA TĂNASE**

- Psiholog clinician, psihoterapeut hipnoza clinică, terapie eriksoniană,
- Cabinet individual, Constanța

❑ **CRINELA TURCU**

- Psiholog clinician, psihoterapeut
- Cabinet Individual Psihologie, București

❑ **DIANA IAMANDESCU**

- Psiholog clinician, psihoterapeut
- Cabinet Individual Psihologie, București

CUPRINS

AUTORI.....	5
PREFAȚĂ.....	17
CAPITOLUL 1. PREMISE TEORETICE	21
1. Prevenția, ca strategie a eficienței în cardiologie	21
<i>Gheorghe Manole</i>	
2. Statutul social al cardiacului – punct de plecare în edificarea psihocardiologiei.....	33
<i>Ioan-Bradul Iamandescu, Crina Julieta Sinescu</i>	
2.1. Caractere generale.....	33
2.2. Elemente de statut social al cardiacului.....	35
3. Încadrarea psihocardiologiei în domeniile de interferență ale medicinii cu științele psihosociale.....	36
<i>Ioan-Bradul Iamandescu</i>	
3.1. Scurt istoric.....	36
3.2. Medicina comportamentală – cadru de definiție	39
4. Psihocardilogia – cadru noțional și domeniu de preocupări	40
<i>Crina Julieta Sinescu, Ioan-Bradul Iamandescu</i>	
4.1. Considerații semantice	40
4.2. Domeniul de preocupări.....	41
CAPITOLUL 2. ROLUL FACTORILOR PSIHOSOCIALI ÎN CADRUL ETIOLOGIEI PLURIFACTORIALE A BOLILOR CARDIOVASCULARE.....	45
I. Interrelații bidirecționale între factorii psihosociali și bolile cardiovasculare	45
<i>Ioan-Bradul Iamandescu</i>	
A. Tulburările psihosomatice cardiovasculare induse de stresul psihic (SP)	46
1. Modalități de inserție a SP în patogeneza BCV	46
2. Mecanisme generale demonstrate sau posibile privind relația dintre SP și bolile cardiovasculare	47
3. Gradul de reversibilitate a tulburărilor psihosomatice cardiovasculare	50
B. Răsunetul psihosocial al tulburărilor aparatului cardiovascular	50
<i>Ioan-Bradul Iamandescu, Anca Frunză</i>	
1. Tulburările neurologice	51
2. Tulburări somatopsihice inductoare de distress la bolnavii cu afecțiuni cardiovasculare	51
3. Impactul psihic negativ al stării de bolnav cardiac.....	52

II.	Argumente epidemiologice și experimentale privind implicațiile stresului psihic în etiopatogeneza bolilor cardiovasculare	54
	<i>Ioan-Bradu Iamandescu</i>	
III.	Factori de risc pentru bolile cardiovasculare	56
A.	Factori de risc generali	56
	<i>Ioan-Bradu Iamandescu, Crina Julieta Sinescu</i>	
1.	Stresul psihic (evaluare succintă a rolului în patogeneza BCV)	56
2.	Studiul Alameda County (tratare sumară)	57
3.	Comportamente de risc pentru sănătate	58
	<i>Lavinia Hoge</i>	
3.1.	Consumul de alcool	59
3.2.	Consumul de tutun	59
3.3.	Comportamentul alimentar	59
3.4.	Activitatea fizică scăzută	60
3.5.	Activitatea fizică excesivă	61
3.6.	Somnul redus	61
B.	Factori psihocomportamentali de risc specifici pentru BCV	64
1.	Tipul comportamental A (Type A Behavior Pattern)	64
	<i>Ioan-Bradu Iamandescu, Crina Julieta Sinescu, Alexandru Chițu, Lavinia Hoge</i>	
1.1.	Aprecieri generale	64
1.2.	Cele 4 dimensiuni ale tipului comportamental A	66
1.3.	Caracteristici comportamentale	66
1.4.	Tipul A poate fi identificat la mai multe niveluri	66
1.5.	Trăsături esențiale conform criteriilor DCPR (diagnostic criteria for psychosomatic research)	67
1.6.	Existența subiecților cu tipul A în alte boli: boli dermatologice, cancer, boli de nutriție, chiar în populația sănătoasă (13)	67
1.7.	Controverse referitoare la tipul A	68
2.	Tipul comportamental D (Type D Personality)	68
	<i>Ioan-Bradu Iamandescu, Anca Frunză</i>	
3.	Ostilitate, agresivitate și interiorizarea furiei. Izolarea socială	69
	<i>Alexandru Chițu, Lavinia Hoge</i>	
3.1.	Ostilitatea	69
3.2.	Agresivitatea	69
3.3.	Mânia/Furia (Anger)	70
3.4.	Furia interiorizată (Anger-in)	70
3.5.	Ruminația supărării	71
3.6.	Proiectul de consiliere pentru prevenirea bolii coronariene (RCPP)	72
4.	Izolarea socială	73
5.	Chestionare pentru determinarea agresivității, a ostilității și a furiei	73

CAPITOLUL 3. STRESUL PSIHIC (I)	77
PARTEA I. DOMENIU DE DEFINIȚIE	77
<i>Ioan-Bradul Iamandescu</i>	
A. Sfera noțională	77
1. Circumstanțe generale de apariție ale stresului psihic (SP)	77
2. Distress, eustress și <i>well being</i>	79
2.1. Distress-ul	79
2.2. Eustress-ul (stresul pozitiv, benefic sau stimulant)	80
2.3. Eustress versus conceptul „Psychological Well-being” (PWB)	83
2.3.1. Caractere generale	84
2.3.2. Dimensiunile psihologice ale PWB	84
2.3.3. Corelații cu variabile psihosociale și biologice	85
B. Modificări psihologice și somatice produse de stres	85
1. Tulburări psihice și somatice reversibile în stres	85
2. Tulburări psihice patologice determinate de stresul psihic	87
3. Diferențierea tulburărilor psihice pasagere induse de stres și de tulburările psihice stabile/persistente de natură psihiatrică	87
4. Tulburări și boli psihosomatice – expresia afectării viscerale de către distress	88
C. Agenții stresori psihogeni (AS)	89
1. Caractere generale	89
2. Premise psihosociale de proliferare a SP (5)	90
3. Scale de evaluare a intensității stresului psihic	91
4. Termenii cu valoare de clase de stresori (cu valabilitate generală)	92
D. Strategii de coping în SP	92
PARTEA A II-A. MECANISME PROTECTOARE ANTIDISTRES ȘI DE RISC PENTRU APARIȚIA STRESULUI	96
A. Protecția față de stres (reziliența)	96
1. Conceptul de reziliență	96
1.1. Factorii genetici	97
1.2. Factori psihologici (enumerare)	97
1.3. Realizarea echilibrului între nivelul de aspirații (NA) și nivelul de posibilități (NP)	97
1.4. Factori sociali („interiorizați” în cursul vieții)	98
1.5. Nevoi psihologice fundamentale (Linton) (45) satisfăcute	98
1.6. Capacitatea și posibilitatea de utilizare adecvată a suportului social	98
2. Mecanisme de apărare (defensive, „abwehr”)	99
2.1. Caractere generale	99
2.2. Clasificare (Vaillant) (46)	99
2.2.1. Mecanisme de apărare mature	99
2.2.2. Mecanisme de apărare nevrotice	99
3. Autoevaluarea pozitivă a resurselor personale – trăsături imunogene de personalitate	100
3.1. Optimismul	100

3.2. Rezistența (robustetea)	100
3.3. Locul de control intern (LCI).....	100
3.4. Autoeficacitatea (Bandura) (53).....	101
3.5. Simțul coerenței (<i>Sense of coherence</i>).....	101
3.6. Humorul	101
4. Conduite sanogenice generale	101
4.1. Conduite pro-eustres	101
4.2. Conduite sanogenice	102
CAPITOLUL 4. STRESUL PSIHIC (II).....	107
B. Vulnerabilitatea la stres	107
<i>Ioan-Bradul Iamandescu</i>	
1. Factorii psihologici	108
1.1. Considerații generale	108
1.2. Introversia.....	108
1.3. Neuroticismul.....	109
1.4. Rigiditatea psihică	109
1.5. Toleranța la frustrare	109
1.6. Ostilitatea, agresivitatea, interiorizarea furiei.....	109
1.7. Iritabilitatea („dispoziție iritabilă“, „nervozitate“).....	110
1.8. Epuizarea (<i>exhaustion</i>).....	111
1.9. Demoralizarea.....	113
<i>Ioana Cioca</i>	
1.10. Alexitimia și alexisomia	115
<i>Ioana Cioca</i>	
1.11. Anxietatea față de sănătate (<i>Health anxiety</i>).....	118
<i>Ioana Cioca</i>	
1.12. Tulburări afective frecvente, expresia distress-ului cu implicare majoră în patologia CV	118
2. Trăsături psihocomportamentale dezadaptative în interacțiunea socială (tipuri comportamentale)	121
<i>Ioan-Bradul Iamandescu</i>	
2.1. Tipul A (v. cap. Cardiopatia ischemică coronariană)	121
2.2. Tipul D (v. cap. Cardiopatia ischemică coronariană).....	121
2.3. Tipul psihocomportamental C.....	121
3. Factorii sociali și profesionali – generatori de distress.....	122
<i>Ioan-Bradul Iamandescu</i>	
3.1. Aprecieri generale asupra factorilor de risc socioprofesionali.....	122
3.2. Mediul profesional ca sursă majoră de distress contemporan.....	125
3.3. Șomajul	125
C. Supraîncărcarea allostatică - etapă facultativ premorbidă.....	126
CAPITOLUL 5. ASPECTELE PSIHIATRICE ÎN BOLILE CARDIOVASCULARE	129
I. Anxietatea în bolile cardiovasculare.....	129
<i>Ioana Cioca</i>	
1. Introducere	129
2. Clasificarea tulburărilor de anxietate și legătura lor cu bolile cardiovasculare	130

3.	Diagnosticul diferențial între atacul de panică și atacul de cord	130
4.	Efectele anxietății asupra inimii	132
5.	Relația bidirecțională dintre anxietate și bolile cardiovasculare	132
5.1.	Anxietatea crește riscul bolilor cardiovasculare	133
5.2.	Bolile cardiovasculare cresc riscul dezvoltării unei tulburări anxioase.....	135
6.	Tratamentul anxietății la pacienții cardiaci	137
7.	Concluzii.....	138
II.	Depresia și formele sale de manifestare în BCV	141
	<i>Liliana Neagu</i>	
1.	Definiție și clasificare	141
2.	Bazele neurologice ale comportamentului depresiv	143
3.	Examinarea bolnavului cu depresie	144
4.	Depresia în bolile somatice	145
5.	Depresia în bolile cardiovasculare	145
III.	Psihofarmacologie în cardiologie.....	148
	<i>Alexandra Ioana Mihailescu, Valentin Petre Matei</i>	
1.	Aspectele farmacocinetice importante pentru medicul cardiolog	149
2.	Aspectele farmacodinamice importante pentru medicul cardiolog	150
3.	Interacțiunile medicamentoase	151
4.	Aspecte practice legate de utilizarea agenților psihotropi în cardiologie.....	152
4.1.	Antidepresivele	152
4.2.	Antipsihoticele	153
4.3.	Benzodiazepinele	153
4.4.	Ortotimizantele.....	154
4.5.	Litiul	155
CAPITOLUL 6. COMPORTAMENTUL CARDIACULUI ÎN CADRUL BOLII		
	167
1.	Aspecte de ordin general.....	167
	<i>Ioan Bradu Iamandescu</i>	
2.	Calitatea vieții bolnavilor cardiovasculari	169
	<i>Liliana Neagu</i>	
3.	Complianța terapeutică în bolile cardiovasculare.....	174
	<i>Crina Julieta Sinescu, Ioana Cioca</i>	
	Introducere	174
	Definiții și termeni.....	174
A.	Factori centrați pe pacient.....	176
1.	Factori demografici.....	176
2.	Factori psihologici	178
3.	Alți factori care țin de pacient	179
B.	Factori legați de terapie	180
C.	Factori legați de boală.....	181
D.	Factori asociați cu medicul și sistemul de sănătate.....	182
E.	Factorii sociali și economici.....	183

4.	Relațiile interpersonale și suportul social.....	189
	<i>Liliana Neagu</i>	
A.	Diferențele de gen cu privire la ajutorul social.....	190
B.	Dominanța socială	190
C.	Inhibarea socială	191
D.	Implicațiile poziției terapeutului	192
5.	Psihoterapia pentru îmbunătățirea funcționării interpersonale.....	193
	<i>Liliana Neagu</i>	
A.	Terapia de grup: suport și autoajutor.....	194
B.	Terapia de cuplu.....	195
1.	Terapia rațional-emotivă pentru cupluri	195
2.	Funcționarea sexuală.....	196
C.	Strategii pentru lucrul cu pacienții dominanți.....	197

CAPITOLUL 7. RELAȚIA INTERPERSONALĂ MEDIC CARDIOLOG-PACIENT CARDIAC.....199

I.	Statutul socioprofesional al medicului cardiolog	199
	<i>Anisia Popa</i>	
1.	Statutul social al medicului cardiolog	199
2.	Profesia de medic cardiolog.....	200
3.	Stresul profesional	201
4.	Sindromul <i>burn-out</i>	201
II.	Relația medic-pacient.....	203
	<i>Liliana Veronica Diaconescu</i>	
1.	Elemente de statut și rol social ale medicului și pacientului.....	203
2.	Tipuri de relații medic-pacient	204
3.	Comunicarea medic-pacient	206
4.	Aspecte importante în relația medic-pacient	207
III.	Relația medic-pacient cardiac.....	210
	<i>Crina Julieta Sinescu, Liliana Veronica Diaconescu</i>	
1.	Particularități psihocomportamentale ale pacienților cu boli cardiovasculare	210
2.	Impactul în plan psihic	211
3.	Particularități ale medicului cu specialitatea cardiologie.....	214
IV.	Abordarea psihologică a bolnavului cardiac.....	221
	<i>Ioan-Bradul Iamandescu</i>	
1.	Principii generale de abordare psihosomatică a bolnavilor cardiovasculari.....	221
2.	Privire de ansamblu asupra obiectivelor actuale ale psihocardiologiei implicate în reabilitarea bolnavilor cardiovasculari.....	223

CAPITOLUL 8. ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE APLICATE ÎN BOALA CARDIOVASCULARĂ (I).....227

I.	Principii de conduită antidistress – preambul la aplicarea psihoterapiei.....	227
	<i>Ioan-Bradul Iamandescu</i>	
1.	Premise noționale	227
2.	Premise de ordin practic	228

2.1. Asigurarea unei „nișe ecologice“ generatoare de confort psihic.....	230
2.2. Formarea și/sau dezvoltarea unei gândiri pozitive	230
2.3. Religia ca armă antidistress și sursă de eustress	231
2.4. Umorul ca remediu antidistress și sursă de eustress.....	231
2.5. Muzica – element antidistress și sursă de eustress-uri majore și repetate.....	232
A. Modalități practice de conduită antidistress	234
1. Conduite proeustress.....	234
2. Conduite sanogenice	234
3. Conduite vizând creșterea eficienței filtrelor antistres.....	235
B. Programe de gestionare a stresului și conduite antidistress conjuncturale	237
1. Programul Birkenbihl.....	237
1.1. Descărcarea tensiunii emoționale negative.....	237
1.2. Relaxare și meditație.....	238
1.3. Limitarea distress-ului	238
1.4. Producerea de eustress-uri	239
2. Programul New Start	239
3. Conduitele antidistress situaționale.....	240
4. Program de coexistență cu distressul cauzat de boli severe sau incurabile.....	242
5. Programe antidistress la vârstnici.....	242
II. Modalități de coping pentru adaptarea psihologică la statutul de boală cardiovasculară.....	245
<i>Alina Tănase</i>	
1. Adaptarea psihologică.....	245
2. Teorii privind coping-ul – trecere în revistă	246
2.1. Paradigma stres-coping – copingul din perspectivă tranzacțională	246
2.2. Teoriile procesării cognitive	247
2.3. Teoria stilurilor de coping.....	247
3. Implicațiile copingului asupra stării de sănătate și managementul riscului de boală	247
3.1. Adaptarea la boala cronică	248
3.2. Adaptarea la boala cardiacă cronică	249
Concluzii.....	253
CAPITOLUL 9. ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE APLICATE ÎN BOALA CARDIOVASCULARĂ (II)	257
III. Psihoterapia suportivă versus alte forme de psihoterapie în bolile cardiovasculare	257
<i>Andreea-Corina Ropoteanu, Anisia Popa</i>	
A. Psihoterapia suportivă. Domeniu de definiție	257
B. Tipuri de abordări psihoterapeutice.....	259
1. Abordările psihoterapeutice utilizate.....	259
2. Tehnicile de relaxare	260
3. Psihoterapia prin artă – muzicoterapia	260

IV. Tehnici de relaxare și hipnoterapie în bolile cardiovasculare261

Andreea-Corina Ropoteanu, Daniela-Ancuța Juncu

1. Stresul psihic și bolile cardiovasculare261

2. Relaxare și hipnoterapie în bolile cardiovasculare264

2.1. Tehnici de relaxare264

2.1.1. Tehnici de relaxare mai frecvent utilizate265

2.1.2. Tehnici de relaxare mai puțin uzuale266

3. Hipnoterapia la pacienții cu afecțiuni cardiovasculare268

V. Terapia cognitiv comportamentală272

Irina Holdevici

1. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în depresii272

2. Strategiile terapiei cognitiv-comportamentale (4)273

3. Identificarea gândurilor negative automate (5)274

4. Testarea (verificarea) gândurilor negative automate274

5. Identificarea și adresarea de provocări convingerilor negative275

CAPITOLUL 10. ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE APLICATE ÎN BOALA CARDIOVASCULARĂ (III)277

VI. Psihodrama277

Diana Iamandescu, Crinela Turcu

1. Introducere277

2. Mic dicționar de psihodramă279

3. Principalele tehnici psihodramatice281

3.1. Inversiunea de rol281

3.2. Dublul281

3.3. Oglinda281

3.4. Solilocviul282

3.5. Concretizarea282

3.6. Atomul social282

4. Momentele unei sesiuni psihodramatice283

4.1. Încălzirea283

4.2. Lucrul cu protagonistul284

4.3. Participarea auditoriului285

5. Beneficii și modalități de utilizare a psihodramei285

5.1. Beneficii ale psihodramei ca metodă de terapie285

5.2. Domenii de aplicabilitate a metodei psihodramatice286

6. Aplicații ale psihodramei în domeniul medical286

6.1. Folosirea psihodramei ca instrument de investigare și clarificare a simptomelor psihosomatice286

6.2. Psihodrama – metoda de supervizare și intervizare pentru medici288

6.3. Cum poate fi folosită psihodrama în clinicile și spitalele românești?289

VII. Abordarea experiențială a bolnavului cardiac izolat social. Studiu de caz290

Aurelia Moraru

1. Introducere290

2.	Boli de comunicare	291
3.	Psihoigiena	292
4.	Psihoprofilaxia mintală	292
5.	Psihoterapia experiențială	292
6.	Studiu de caz Amalia	293
VIII.	Abordarea psihoterapeutică a depresiei în bolile cardiovasculare	296
	<i>Liliana Neagu</i>	
1.	Terapia interpersonală	297
2.	Terapia cognitiv-comportamentală	299
3.	Terapia conjugală	301
4.	Psihoterapia psihodinamică	301
5.	Ruminația	302
IX.	Strategii de intervenție psihologică pentru reducerea stresului ocupațional la bolnavii cardiovasculari din mediul organizațional	303
	<i>Maria Ionescu</i>	
1.	Stresul ocupațional	304
2.	Cercetare personală asupra bolnavilor cardiovasculari	305
CAPITOLUL 11. PRINCIPALELE SINDROAME ȘI BOLI CARDIOVASCULARE PSIHO-SOMATICE (1)		309
I.	Tulburări și sindroame funcționale psihosomatice cardiovasculare	309
A.	Tulburări funcționale cardiovasculare psihogene	309
	<i>Ioan-Bradu Iamandescu, Andreea Corina Ropoteanu</i>	
1.	Tulburări de ritm induse psihogen	309
2.	Tulburările de conducere induse de SP	311
3.	Dureri precordiale, retrosternale sau cu un alt sediu toracic	311
4.	Dispneea „cardiacă” în cursul SP	312
5.	Variații ale tensiunii arteriale	312
6.	Modificări vasomotorii în diverse teritorii, apărute sub efectul SP	313
7.	ECG în cursul stresului psihic (SP)	313
B.	Sindroame psihosomatice cardiovasculare predominant funcționale	314
	<i>Ioan-Bradu Iamandescu, Andreea Corina Ropoteanu</i>	
1.	Hipotensiunea arterială esențială (HTAE)	315
2.	Astenia neurocirculatorie (ANC)	315
3.	Prolapsul de valvă mitrală (PVM)	316
4.	Sindromul hiperkinetic cardiac primitiv (idiopatic)	317
5.	Sindromul X cardiac (Likoff)	318
II.	Hipertensiunea arterială esențială (HTAE)	320
1.	Considerații generale	320
	<i>Ioan-Bradu Iamandescu, Anca Frunză</i>	
2.	Aspecte biopsihosociale ale HTAE	321
3.	Insertia factorilor psihosociali în evoluția HTA	322
4.	Forme clinice relaționate cu reactivitatea psihică	326
	<i>Ioan-Bradu Iamandescu, Anca Frunză</i>	

5.	Scale de Calitatea Vieții la bolnavii hipertensivi.....	326
	<i>Anca Frunză</i>	
6.	Principii de abordare psihoterapeutică a bolnavilor hipertensivi.....	327
	<i>Ioan-Bradu Iamandescu</i>	
6.1.	Profilaxia primară	327
6.2.	Profilaxia secundară	328
CAPITOLUL 12. PRINCIPALELE SINDROAME ȘI BOLI CARDIOVASCULARE PSIHO-SOMATICE (2)		331
III.	Boala ischemică coronariană (Boala ischemică a inimii) (CHD).....	331
A.	Aspecte biopsihosociale generale de ordin tiopatogenic și clinic	331
	<i>Ioan-Bradu Iamandescu, Crina Julieta Sinescu</i>	
1.	Ierarhizarea participării factorilor biopsihosociali în etiopatogenia CHD	332
2.	Factori cu rol de trigger și favorizanți pentru debutul manifestărilor clinice.....	332
3.	Aspecte de ordin somatopsihic	333
B.	Aspecte biopsihosociale specifice principalelor forme clinice ale CHD	333
C.	Aspecte particulare ale psihoterapiei în CHD	340
	<i>Liliana Neagu</i>	
1.	Probleme specifice complianței terapeutice a bolnavului cu CHD	340
2.	Psihoterapia familiei bolnavului cardiac	343
IV.	Insuficiența cardiacă.....	345
	<i>Alexandru Chițu, Ioan-Bradu Iamandescu</i>	
1.	Câteva probleme psihologice demne de atenția medicului practician (1).....	348
2.	Fumatul și consumul de alcool.....	348
CAPITOLUL 13. CHIRURGIA CARDIOVASCULARĂ		351
	<i>Radu Mihai Dumitrescu</i>	
	Introducere	351
1.	Prevalența anxietății și a depresiei în rândul pacienților cu boli cardiace.....	352
2.	Aspecte de ordin psihologic legate de montarea de dispozitive implantabile.....	353
3.	Identificarea nevoilor și a dificultăților de ordin psihologic	353
4.	Aspecte psihosomatice în cazul copiilor și al adolescenților supuși chirurgiei cardiace.....	354
5.	Transplantul cardiac	356
6.	Diagnosticul psihosomatic în cazul pacientului cardiac	357
7.	Strategii și tehnici de psihoterapie cognitiv-comportamentală în cazul pacienților cu boli cardiace.....	360

PREFAȚĂ

PSIHOCARDIOLOGIA – ISTORIA NATURALĂ

Medicina internă este specialitatea medicală cea mai veche. Constituită în Europa la sfârșitul secolului al XVIII-lea, în țara noastră ar data din perioada anilor 1800. În decursul celor peste două secole ale existenței sale, de la începuturile ei până în zilele noastre (2015), medicina internă românească a parcurs mai multe etape care au contribuit la procesul de formare, de constituire, de definire științifică și de dezvoltare ca specialitate de la orientarea anatomo-patologică, microbiologică, fiziopatologică și patologie experimentală, genetică, până la medicina și terapia personalizată.

Inițial, medicina internă a înglobat toate manifestările patologice ale organelor interne. Cu timpul s-a desprins de ea chirurgia generală. Treptat, din conținutul denumirii de medicină internă se desprind cardiologia și ceva mai târziu neurologia și psihiatria. Desprinderea acestor specialități, ca de altfel și a altora, a devenit imperios necesară. Prin acestea s-au înregistrat progrese importante în cunoașterea etiopatogeniei bolilor, în perfecționarea diagnosticului și în identificarea de noi modalități terapeutice. Prin succesele obținute, noile specialități s-au impus ca discipline independente de sine stătătoare. Acestea, la rândul lor, devin puncte de plecare pentru dezvoltarea de supraspecializări, tendință care în ultimul deceniu a luat amploare. Supraspecializarea se va dezvolta și pentru că asistăm în prezent la tehnici și aparatură medicală cu posibilități de diagnostic și tratament greu de imaginat în secolul trecut.

La noi în țară, cardiologia este prima specialitate desprinsă din trunchiul comun – medicina internă. Urmărind începuturile și evoluția ei în România după criteriul strict cronologic, dezvoltarea cardiologiei s-a realizat prin desprinderea din medicina internă și terapeutică a unor secții de specialitate la inițiativa și perseverența unor personalități cum sunt academicienii Daniel Danielopolu, Bazil Theodorescu, C.C. Iliescu, I. Enescu, A. Moga. Se pornește din perioada anilor 1910, când un intern pe numele lui Daniel Danielopolu era solicitat să asculte cordul la bolnavii care aveau leziuni valvulare, fiind considerat un bun cardiolog. În anul 1910, Daniel Danielopolu a adus și a utilizat un electrocardiograf procurat cu bani proprii de la Paris. Aparatul are o singură coardă dar care înregistra electrocardiograme foarte bune. Sunt câteva mărturisiri ale unui martor ocular (dr. Puiu Stoiculescu). Daniel Danielopolu a scos un album cu electrograme, iar în 1912 publică o monografie cu 400 de pagini intitulată: Tulburările ritmului inimii apărută în București. În acea perioadă, pe lângă D. Danielopolu, cardiolog era considerat Bazil Theodorescu, elev și colaborator al lui D. Danielopolu. Bazil Theodorescu a adus importante contribuții la dezvoltarea cardiologiei ca specialitate independentă. Din anul 1941 este profesor la Clinica medicală din spitalul Colțea pe care o conduce 20 de ani. A format un important centru de medicină internă și o școală de cardiologie unde s-a format eminentul clinician, strălucit profesor de medicină internă și cardiologie Leonida Gherasim. Acesta îi poartă maestrului său un respect deosebit și are multă recunoștință pentru formarea sa ca internist și cardiolog. Sub redacția lui Bazil Theodorescu, membru al Academiei Române, a fost elaborat primul tratat românesc de cardiologie, lucrare care a apărut în două ediții, în anul 1960 și, respectiv, 1963.

Respectând succesiunea cronologică este de evidențiat și faptul că un rol determinant îl are Constantin C. Iliescu care în 1945 devine profesor de medicină internă, conduce catedra de boli interne de la spitalul Caritas și pune bazele ASCAR-lui, în cadrul căruia ia ființă prima catedră suprauniversitară de cardiologie.

Medicina psihosomatică - cadru nosologic

Medicina psihosomatică este o specialitate medicală care studiază originea psihică a unor boli și folosește mijloacele psihologice și medicamentoase în terapia lor. Ea își are rădăcina în medicina internă, ca ramură importantă derivată din această specialitate. Psihosomatica s-a constituit și dezvoltat în prima parte a secolului al XX-lea. De menționat că în perioada premergătoare, Neurologia și Psihiatria nu erau separate. Ele s-au format și au devenit ulterior specialități independente.

În primele decenii ale secolului al XX-lea, psihosomatica își dobândește statut de entitate medicală clinică pe baze științifice. Începând din deceniul patru al secolului al XX-lea apar și primele societăți de psihosomatică, ce au rolul de a contribui la dezvoltarea și promovarea specialității. În țara noastră, Societatea de Psihosomatică Generală și Aplicată a fost înființată de profesorul Ioan-Bradul Iamandescu în anul 2004, actualmente președinte onorific al societății. În prezent, societatea este condusă de prof. dr. Dan Lucian Dumitrașcu, un excelent profesor de medicină internă la Clinica Medicală II, șeful disciplinei de semiologie la UMF Cluj-Napoca. Este de amintit rolul societății și al reprezentanților ei în elaborarea conceptului de patologie psihosomatică. Acest concept contribuie la elucidarea mecanismelor implicate în producerea proceselor intricate în apariția perturbărilor care survin în relațiile dintre stres și tulburări somatice în general, deci inclusiv în patologia cardiovasculară.

Medicina psihosomatică și conceptul de patologie psihosomatică din perioada contemporană argumentează, pun problema unității între psihic și somatic în condiții fiziologice și patologice. Respectivul concept fundamentează influența factorilor emoționali asupra aparatului cardiovascular, a stresului psihologic și consecințele morfofuncționale miocardo-coronariene, contribuind la promovarea specialității în perioada modernă. De altfel, este de evidențiat faptul că influența factorilor emoționali asupra aparatului cardiovascular a constituit un domeniu care a preocupat practica medicală fiind descrise tulburări funcționale cu denumirea de nevroză cardiacă, cord iritabil, denumiri discutabile după unii autori, dar abandonate în prezent. Cercetările fundamentale cu privire la influența exercitată de factorii stresanți asupra răspunsului miocardo-coronarian au evidențiat mecanismele celulare și moleculare care stau la baza acestor perturbări. Ele au influențat dezvoltarea cardiologiei celulare și moleculare, au contribuit la elucidarea apariției tulburărilor de ritm, a tahiaritmiilor ventriculare și a stopării bruște a activității inimii ca urmare a incriminării factorilor stresanți.

Conceptul de patologie psihosomatică bazat pe raportul dintre factorii stresanți, psihosociali și procesele psihopatologice la apariția, menținerea și dezvoltarea tulburărilor somatice, a contribuit la promovarea medicinei psihosomatice și a ramurilor derivate, așa cum este **Psihocardiologia**.

Considerațiile introductive au fost necesare pentru a ilustra valoarea deosebită a acestei cărți. Este prima lucrare românească care abordează un domeniu de interferență între cardiologie și științele psihomedicale și sociale – mai precis elementele acestora – aplicate în prezent la analiza și influențarea evoluției sănătății și a bolii în general, și a bolilor cardiovasculare în particular.

O altă specialitate desprinsă din trunchiul comun al medicinei interne este **Psihiatria**. Aceasta a apărut ca specialitate ceva mai târziu după **Cardiologie**. De la psihiatrie s-a desprins **Psihosomatica**, o ramură medicală care studiază relațiile de influență reciprocă dintre tulburările/simptomele psihice și psihosomatice. **Psihosomatica** la rândul ei permite desprinderea unor specialități cum este **Psihocardiologia** și a altor discipline noi cum sunt: Psihologia sănătății și Medicina comportamentală.

Asocierea reușită între două mari personalități, profesorii *Ioan-Bradul Iamandescu* și *Crina Julieta Sinescu* de la UMF „Carol Davila” București, a făcut posibilă realizarea și

publicarea acestei lucrări de mare amploare care abordează domeniul psihocardiologiei. Profesorul Ioan-Bradul Iamandescu, personalitate a medicinei academice românești, primul profesor de Psihologie medicală și psihosomatică, s-a remarcat prin contribuții deosebite la statutul psihocardiologiei ca o specialitate de sine statătoare cu un cadru nosologic bine definit și cunoscut. Prin activitatea sa publicistică medicală, profesorul Ioan-Bradul Iamandescu a contribuit efectiv ca respectivul domeniu să fie considerat o specialitate independentă, fundamentată științific, ca o entitate clinică. El se numără printre marile personalități care s-au preocupat de îmbunătățirea învățământului clinic bazat pe o gândire modernă de orientare biopsihosocială în practica medicinei psihosomate. Remarcabilă este experiența multidimensională a eminentului profesor acumulată în domeniile medical și psihologic, didactic și clinic. Corecta înțelegere și aplicare sunt benefice în asistența medicală de specialitate – cardiologie - și în asistența socială în acordare îngrijirilor și a protecției bolnavilor cardiovasculari. O contribuție importantă la formarea unui mod de gândire în deplină concordanță cu evoluția cardiologiei și a științelor psihosociale a fost adusă de profesor dr. Crina Julieta Sinescu. Prezență binecunoscută în cardiologia din țara noastră, prof. dr. Crina Julieta Sinescu a dovedit deplină înțelegere pentru problematica psihocardiologiei, încurajând și participând la realizarea unor cercetări referitoare la etiopatogenia psihosomatică a hipertensiunii arteriale și a bolii cardiace ischemice, desfășurate în clinica pe care o conduce la spitalul Bagdasar-Arseni. A oferit numeroase sugestii rezultate din observația clinică psihologilor cu care a elaborat în comun câteva capitole ale acestei lucrări. Este remarcabilă implicarea sa la definirea și promovarea acestei supraspecialități.

Psihocardologia este o carte unicat în istoriografia psihosomaticii în țara noastră. Este scrisă la un nivel științific modern care se armonizează cu bogăția și diversitatea datelor și a informațiilor. Respectivă informații sunt redată într-o succesiune logică, un model de referință util procesului de învățământ, de formare a specialiștilor în ramuri de specialitate derivate din psihologie și cardiologie.

Lucrarea este original structurată în 13 capitole. În primul capitol introductiv este evidențiat locul și rolul psihocardiologiei în domeniile de interferență ale medicinei cu științele psihosociale. Capitolul doi, cu o pondere importantă în conținutul cărții, dezvoltă *Rolul factorilor psihosociali în cadrul etiologiei plurifactoriale a bolilor cardiovasculare*. Următoarele trei capitole sunt consacrate stresului psihic, fiind urmate de aspectele psihice în bolile cardiovasculare, comportamentul bolnavului cardiac în cadrul bolii, relația medic cardiolog – bolnav cardiac, mai multe capitole consacrate psihoterapiei aplicate bolii cardiovasculare, încheindu-se cu un capitol de chirurgie cardiovasculară.

Monografia *Psihocardologia* se înscrie în aceste preocupări, fiind o reușită veritabilă prin prezentarea de date și informații în bună parte inedite și grupate într-o lucrare valoroasă, menită să lărgască orizontul diagnostic și terapeutic al abordării medicale a bolnavilor cardiaci prin existența acestei supraspecialități și luarea la cunoștință de către medici și psihologi a unei dimensiuni psihosociale a patologiei cardiovasculare. Prin această primă lucrare se mai urmărește, pe lângă formarea și fundamentare psihocardiologiei românești, și evidențierea traseului pe care l-a parcurs de la începuturi precum și direcțiile de urmat în practica medicală în secolul al XXI-lea.

Psihocardologia, denumire sinonimă cu cea a medicinei comportamentale cardiologice, va avea în preocupările sale - pe lângă obiectivele menționate - și elaborarea de programe complexe psihoeducaționale și terapeutice pentru bolnavii cardiovasculari.

Prof. dr. Nicolae Baltă

CAPITOLUL 1

PREMISE TEORETICE

1. Prevenția, ca strategie a eficienței în cardiologie

Gheorghe Manole

Sănătatea, ca și concept care definește „starea de împlinire integrativă de sine” (fizică, psihică și socială) este atribut, dar și condiție de existență pentru toate formele sub care este organizată materia vie. Pentru om, ca forma supremă de structurare funcțională, munca este obiectiv fundamental ca și scop de realizare, ceea ce înseamnă că sănătatea se exteriorizează prin capacitatea optimă de muncă. Conservarea îndelungată a acesteia este însă dependentă atât de prezența unui teren constituțional genetic bun, cât și de acțiunea diversilor factori de risc ecologic (3). Ca ansamblu de factori de risc ecologic, mediul acționează prin componentele modului de viață, care, asociindu-se agonist cu cele definitorii ale stilului de viață, modifică terenul și predispoziția organismului, condiționând astfel dezvoltarea bolii. Admițând că terenul exprimă variația terenului constituțional într-un moment dat al existenței, indusă de către factorii genetici și ecologici, înseamnă că acesta reprezintă starea caracterelor funcționale și structurale ale unui organism care în ansamblul lor mențin sănătatea sau facilitează instalarea bolii (19).

Sănătatea trebuie privită ca un bun național, creator de valori, dar solicitând valori spre a se conserva, prin dezvoltarea de măsuri profilactice și, după caz, terapeutice, realizabile prin și cu contribuția tuturor sectoarelor comunității. Altfel spus, menținerea sănătății este nu numai o preocupare importantă individuală de conservare a bunei stări a propriului organism, ci și una națională, definită fiind generic cu termenul de sănătate publică. Sănătatea publică în viziune eco-sistemică impune ca prioritară sănătatea colectivităților, definindu-se ca sinteză a sănătăților individuale și nu ca o sumă de sănătăți individuale (19). Reușita menținerii acesteia impune atât existența unui cadru instituțional adecvat, cât și desfășurarea de acțiuni susținute și corelate, stabilite prin acte normative la nivel național, regional-european și mondial, în baza strategiilor OMS, pentru secolul al XXI-lea. Exemplificativă în acest sens este strategia, în curs de finalizare, elaborată

în carta albă denumită simbolic *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*, care, printr-un demers integrat la nivelul celor 27 state membre, și-a propus să contribuie la obținerea unor rezultate concrete în materie de ameliorare a sănătății în Europa, prin intermediul unor instrumente financiare și organizaționale create de Comisia Europeană, și sub coordonarea cărora trebuie să se lucreze (36). Între „instrumentele” de lucru create prin această strategie în plan regional meritorie este constituirea grupului de experți, multisectorial și independent, în vederea furnizării de asistență de specialitate cu privire la modalitățile eficiente de a investi în domeniul sănătății, preventiv și curativ, în UE (35).

Preocuparea la nivel regional și mondial de prevenție și terapie corectă a bolilor cardiovasculare poate fi susținută cel puțin prin următoarele:

a. Argumentul incidenței crescute a morbidității, a mortalității, a numărului internărilor în spital și a invalidării fizice (8, 14, 26, 36). Exemplificativ, în acest sens, este faptul că în SUA mor anual prin boli cardiovasculare aproximativ 9 milioane de oameni, iar la nivel european peste 4,35 milioane, dintre care 1,9 milioane se înregistrează la nivelul Uniunii Europene (3, 20, 23, 25). La începutul acestui mileniu, în Uniunea Europeană, bolile cardiovasculare au reprezentat cauza a 43% dintre decesele înregistrate în rândul bărbaților și respectiv 55% dintre decesele din rândul femeilor (13, 26). În țara noastră, statisticile OMS consemnează în ultimii 5 ani tendința de a se reduce morbiditatea prin boli cardiovasculare, în timp ce rata mortalității prin astfel de afecțiuni plasează România pe locul 3 în lume, rămânând principala cauză de mortalitate la nivel local. Rata medie a mortalității prin afecțiuni cardiovasculare în România este de 61,3% din numărul total al deceselor, față de 37% în Uniunea Europeană și 53% în statele care au aderat recent la UE (11).

b. Bolile cardiovasculare prin evoluția cronică pe care o „îmbracă” au impact covârșitor atât asupra calității vieții pacienților cât și asupra sistemelor de sănătate (13).

Astfel, dacă cheltuielile efectuate de sistemele de sănătate din țările europene pentru bolile cardiovasculare, în anul 2003, au fost de 168 757 de milioane de euro, în anul 2010 au atins 213 453 de milioane de euro.

c. Cheltuielile cu prevenția, comparate cu cele curative, inclusiv în cazul bolilor cardiovasculare, sunt mai mici, ceea ce se traduce în eficientizarea costurilor, deoarece acțiunile profilactice au și șansele cele mai mari de reușită.

Conceptul de prevenție cardiovasculară a apărut în urma studiului Framingham publicat în *Annals of Internal Medicine*, în 1961, prilej cu care au fost descriși factorii care contribuie la dezvoltarea cardiopatiei ischemice. Deoarece bolile cardiovasculare constituie o problemă la nivelul fiecărui stat, OMS a impus guvernelor elaborarea de programe naționale de profilaxie și combatere a afecțiunilor cardiovasculare (37).

Suportul științific al unei astfel de exigențe este reprezentat de datele statistice rezultate din experiența multor țări, care au confirmat că prin realizarea integrală numai a programului de profilaxie primară, la nivelul unei națiuni s-ar obține:

- reducerea în primii 5 ani a mortalității prin boli cardiovasculare cu circa 15-20%, inclusiv a celei infantile, cu 0,3%; numai prin reducerea incidenței principalilor trei factori majori de risc cardiovascular (fumat, dislipidemie,

hipertensiune arterială) mortalitatea prin boli cardiovasculare s-ar reduce cu 50% (11);

- scăderea morbidității cardiovasculare – cu 7-10%;
- micșorarea factorilor de risc în rândul populației cu 10%;
- creșterea numărului de bolnavi tratați eficient cu circa 25%;
- postspitalizare, prin programele de reabilitare cardiacă, constând în exercițiu fizic supravegheat, dietă și educație pentru a slăbi, mortalitatea se reduce cu 20-25% în rândul bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare, procent echivalent celui obținut prin tratament medicamentos major, susținut și de terapia chirurgicală (2, 17, 34).

Parlamentul European a recunoscut că sunt necesare pentru a rezolva problematica bolilor cardiovasculare programe de acțiuni profesional-științifice, organizatorice și de ordin social care nu pot fi eficiente aplicate decât prin autoritatea statului, furnizor de sprijin și garanție, prin Rezoluția referitoare la validarea cartei albe „Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013”; la punctul 44 solicita Comisiei Europene și statelor membre U.E. „să considere că participarea la integrarea politicilor sociale și de sănătate ar putea contribui la o abordare modernă a promovării și a protecției sănătății, în special pentru categoriile cele mai vulnerabile ale populației” (36). Motivația implicării guvernamentale pentru implementarea unor astfel de programe decurge din multiple necesități, precum:

- impunerea unei abordări uniforme și mai intense a atitudinilor corecte față de astfel de boli;
- reducerea riscului asumat, prin creșterea standardului economic familial;
- implicarea statului ca ofertant al suportului logistic (financiar, material și de resursă umană), dar și de garant al angajării întregii societăți, pe baza principiilor solidarității și ale subsidiarității. Acesta din urmă, fir diriguitor al întregii activități prestate la nivel de Uniunea Europeană, corelat cu principiile proporționalității și ale necesității impun luarea deciziilor cât mai aproape, împreună și pentru cetățean. Formulată într-un alt mod, Uniunea Europeană nu se implică în acțiuni care nu intră în competența sa, mai ales dacă acestea sunt mai eficiente când deciziile sunt luate la nivel național, regional sau local;
- îmbunătățirea disponibilității furnizorilor de servicii cardiologice pentru a se asigura acces larg și de calitate pentru detectarea optimă a factorilor de risc biologici sau legați de stilul de viață, în scopul identificării persoanelor cu risc înalt;
- facilitarea accesului la asistența medicală de urgență, cunoscută fiind condiționarea eficienței terapiei în bolile cardiovasculare de durata timpului de așteptare până la instituirea primului tratament spitalicesc;
- posibilitatea retribuirii adecvate a serviciilor de prevenție cardiovasculară, spre a se obține o angajare deplină, de înaltă calitate și responsabilă a furnizorilor de astfel de servicii pentru sănătate.

Obiectivele unor astfel de programe naționale vizând bolile cardiovasculare, deși variabile cu tipul prevenției (primare, secundare, terțiare), au ca elemente comune:

- conservarea sănătății existente, prin măsuri de profilaxie primară, menite să reducă morbiditatea în rândul populației active;

- preocuparea de a recupera starea funcțională până la *restitutio ad integrum* în cazul bolnavilor cardiovasculari, pentru a se reduce invalidizarea și pierderea prematură a capacității de muncă;
- îmbunătățirea calității vieții, definită ca modul în care individul își definește situația dintr-un moment dat, actual, și proiecțiile pe care le face despre viitorul său;
- prelungirea supraviețuirii și a duratei de viață activă;
- reducerea mortalității populației prin boli cardiovasculare (27, 38, 39);
- necesitatea identificării altor boli coexistente celor cardiovasculare, care pot acționa agonist cu mecanismele bolii de bază, îngreunând terapia, crescând costurile și reducând eficiența, până la agravarea prognosticului. Pentru exemplificare, pot fi citate ca agravante ale bolilor cardiovasculare, afecțiuni precum: bolile generatoare de hipoxemie (anemia, disfuncțiile respiratorii) sau cele care sporesc consumul energetic miocardic (sindroamele hiperkinetice de diverse etiologii, precum hipertiroidia, tahiaritmiile, fistulele arterio-venoase etc.).

Prevenirea instalării afecțiunilor cardiovasculare sau, în cazul apariției lor, reducerea ratei de apariție a complicațiilor au la bază identificarea factorilor de risc ca surse de pericol la adresa sănătății. Conceptul de factor de risc cardiovascular a fost introdus în urma studiului Framingham (1961), concomitent cu cel de profilaxie, definind generic factorii care contribuie la dezvoltarea cardiopatiei ischemice; ulterior, semantica conceptului a fost extinsă și pentru alte boli cardiovasculare, sfera lărgindu-i-se, ca desemnând o variabilă, continuă, capabilă de a induce apariția unei boli sau eveniment acut. Pornind de la definiția riscului ca exprimând probabilitatea ca o persoană să dezvolte o anumită patologie, într-un anumit interval variabil de timp, individualizarea gradului de risc devine o normă de eficiență a prevenției primare (28). Aceasta deoarece managementul prevenției bolilor cardiovasculare este orientat în baza valorilor riscului cardiovascular global, dependent la rândul lui de profilul de risc individual, dar determinat de efectul combinat al factorilor de risc cardiovasculari care frecvent se asociază, multiplicându-și efectul. Deoarece acțiunea factorilor de risc descriși drept convenționali este bine demonstrată, a devenit posibilă includerea preferențială a acestora în diversele modele de predicție a riscului cardiovascular, precum riscul global, în timp ce factorii de risc descriși mai recent sunt încă obiect de studiu pentru a fi admiși. Risc global permite stabilirea priorităților prevenției bolilor cardiovasculare, în timp ce riscul estimat al individului este un ghid util în formularea deciziilor clinice asupra tipului și intensității intervențiilor preventive.

În scop preventiv pentru unele boli cardiovasculare care au etiologie comună și terapie aproape similară, indiferent de teritoriul vascular interesat (evenimente acute coronariene, arteriopatie obliterantă, accidente vasculare cerebrale ischemice) sunt utile recomandările Ghidului european de prevenție a bolilor cardiovasculare, revizuit de către Comitetul ESC pentru Ghiduri clinice, deoarece:

a. oferă un model nou de estimare a riscului coronarian și indirect al celui de deces cardiovascular la 5 sau 10 ani (diagramele model SCORE sau WHO-ISH, diagramele recalibrate gen HeartScore și hărțile naționale de risc). Introdus în practica medicală începând cu anul 1994, **principiul diagramelor** se bazează

- preocuparea de a recupera starea funcțională până la *restitutio ad integrum* în cazul bolnavilor cardiovasculari, pentru a se reduce invalidizarea și pierderea prematură a capacității de muncă;
- îmbunătățirea calității vieții, definită ca modul în care individul își definește situația dintr-un moment dat, actual, și proiecțiile pe care le face despre viitorul său;
- prelungirea supraviețuirii și a duratei de viață activă;
- reducerea mortalității populației prin boli cardiovasculare (27, 38, 39);
- necesitatea identificării altor boli coexistente celor cardiovasculare, care pot acționa agonist cu mecanismele bolii de bază, îngreunând terapia, crescând costurile și reducând eficiența, până la agravarea prognosticului. Pentru exemplificare, pot fi citate ca agravante ale bolilor cardiovasculare, afecțiuni precum: bolile generatoare de hipoxemie (anemia, disfuncțiile respiratorii) sau cele care sporesc consumul energetic miocardic (sindroamele hiperkinetice de diverse etiologii, precum hipertiroidia, tahiaritmiile, fistulele arterio-venoase etc.).

Prevenirea instalării afecțiunilor cardiovasculare sau, în cazul apariției lor, reducerea ratei de apariție a complicațiilor au la bază identificarea factorilor de risc ca surse de pericol la adresa sănătății. Conceptul de factor de risc cardiovascular a fost introdus în urma studiului Framingham (1961), concomitent cu cel de profilaxie, definind generic factorii care contribuie la dezvoltarea cardiopatiei ischemice; ulterior, semantica conceptului a fost extinsă și pentru alte boli cardiovasculare, sfera lărgindu-i-se, ca desemnând o variabilă, continuă, capabilă de a induce apariția unei boli sau eveniment acut. Pornind de la definiția riscului ca exprimând probabilitatea ca o persoană să dezvolte o anumită patologie, într-un anumit interval variabil de timp, individualizarea gradului de risc devine o normă de eficiență a prevenției primare (28). Aceasta deoarece managementul prevenției bolilor cardiovasculare este orientat în baza valorilor riscului cardiovascular global, dependent la rândul lui de profilul de risc individual, dar determinat de efectul combinat al factorilor de risc cardiovasculari care frecvent se asociază, multiplicându-și efectul. Deoarece acțiunea factorilor de risc descriși drept convenționali este bine demonstrată, a devenit posibilă includerea preferențială a acestora în diversele modele de predicție a riscului cardiovascular, precum riscul global, în timp ce factorii de risc descriși mai recent sunt încă obiect de studiu pentru a fi admiși. Riscul global permite stabilirea priorităților prevenției bolilor cardiovasculare, în timp ce riscul estimat al individului este un ghid util în formularea deciziilor clinice asupra tipului și intensității intervențiilor preventive.

În scop preventiv pentru unele boli cardiovasculare care au etiologie comună și terapie aproape similară, indiferent de teritoriul vascular interesat (evenimente acute coronariene, arteriopatie obliterantă, accidente vasculare cerebrale ischemice) sunt utile recomandările Ghidului european de prevenție a bolilor cardiovasculare, revizuit de către Comitetul ESC pentru Ghiduri clinice, deoarece:

a. oferă un model nou de estimare a riscului coronarian și indirect al celui de deces cardiovascular la 5 sau 10 ani (diagramele model SCORE sau WHO-ISH, diagramele recalibrate gen HeartScore și hărțile naționale de risc). Introdus în practica medicală începând cu anul 1994, **principiul diagramelor** se bazează

pe stabilirea unei scări de valori pentru fiecare factor de risc, iar prin însumarea tuturor rezultă valoarea riscului global.

Deși sunt utile oricărei persoane pentru a i se estima riscul, diagramele devin o necesitate indispensabilă pentru persoanele aflate în statusul de sănătate aparentă. Aceasta deoarece permit includerea unor astfel de bolnavi cardiovasculari asimptomatici, ca populație target, pentru profilaxie. Utilitatea unui astfel de screening este de necontestat, fie și numai pentru faptul că datele statistice atestă că majoritatea deceselor provin din grupul persoanelor asimptomatice sau cu nivele reduse de risc, deoarece acesta este mai numeros, comparativ cu colectivitățile compuse din persoane cu risc crescut (paradoxul Rose) (29, 40, 41).

Strategiile de prevenție a bolilor cardiovasculare includ două căi distincte, dar cu acțiuni complementară în realizarea obiectivelor care justifică acțiunile profilactice:

1. strategia „populațională”, globală, incluzând măsuri de prevenție primară aplicabile la nivelul unei mărimi variabile de populație;
2. strategia bazată pe demersul individual.

1. Principiul care stă la baza **strategiei „populaționale”** este cel al stratificării riscului global de a dezvolta boală cardiovasculară, iar obiectivul este cel de reducere a incidenței globale a bolilor cardiovasculare prin micșorarea influenței factorilor de risc la nivelul membrilor unei comunități, prin modificarea stilului de viață și a mediului, defavorabile sănătății. Strategia de prevenție populațională se adresează subiecților etichetați, într-un moment dat, ca fiind cu risc scăzut de boli cardiovasculare, dar care reprezintă un procent semnificativ din viitoarele cazuri cu astfel de boli. Suportul științific al prevenției populaționale, care permite obținerea unui efect benefic prin reducerea factorilor de risc, este dat de constatarea că pentru ca factorii de risc să inducă o anumită boală este necesar să acționeze un timp suficient, încât prin cumul să modifice terenul, predispunându-l pentru o anumită boală. Strategia de prevenție populațională constă în identificarea factorilor de risc și a căilor de acțiune a acestora, spre a se interveni activ în scurtarea duratei de acțiune a acestora, spre a nu se asigura timpul necesar instalării modificării configurației terenului și a dezvoltării predispoziției pentru boală.

2. **Strategia individualizată a „riscului înalt”** – are ca target două categorii populaționale: indivizii identificați ca având risc crescut de a dezvolta boli cardiovasculare și bolnavii cu astfel de afecțiuni, dar necomplicate, fiecare cu program de prevenție oarecum diferit.

Cunoscut fiind că persoanele cu risc maxim de a dezvolta boală cardiovasculară au și cel mai mult de câștigat din eforturile de prevenție, se poate afirma că succesul strategiei de prevenție este condiționat primordial de modul colectării și al prelucrării informațiilor privind factorii de risc (genetici, din mediu exterior sau celor individuali, din modul și stilul de viață), principii care condiționează stratificarea cât mai exactă a riscului (de aici, utilitatea hărților de risc), spre a se stabili prioritățile/direcțiile de acțiune a factorilor implicați. Reușita profilaxiei în bolile cardiovasculare este dependentă și de o serie de alte condiții, precum:

- accesibilitatea la serviciile necesare;
- identificarea resurselor aferente, inclusiv pentru remunerarea prevenției, întocmai ca și pentru tratament;

- aderența pacienților la consiliere și respectare a schimbărilor impuse;
- existența unei durate suficiente de timp, care să permită măsurilor de prevenție să devină manifeste.

Studiile EuroAspire I, II, III care sunt cele mai importante proiecte epidemiologice în domeniul prevenției cardiovasculare în Europa au demonstrat existența unui control insuficient al factorilor de risc, iar acțiunile întreprinse sunt încă reduse ca implicare activă a populației, întocmai ca și existența unui deficit de utilizare a mijloacelor de profilaxie existente (16). Prezența acestor realități, dar și necesitatea obținerii obiectivului primordial comun în bolile cardiovasculare, acela al combaterii acțiunilor factorilor majori de risc, au impus nu numai înscrierea lor între componentele Strategiei globale OMS sau în recomandările grupurilor de lucru ale Societății europene de cardiologie, ci și acceptarea diversificării și a target-urilor profilaxiei în bolile cardiovasculare (13). Astfel, al treilea Grup reunit de lucru al Societății europene de cardiologie a lărgit baza de prevenție impunând trecerea de la profilaxia bolii coronariene la prevenția majorității bolilor cardiovasculare, bazându-se pe acceptul unanim că ateroscleroza este principalul mecanism patogenetic de boală cardiovasculară și că topografic aceasta poate afecta orice parte a sistemului circulator.

La nivel național, aplicarea programelor de prevenție pe linia patologiei cardiovasculare ar trebui să aibă un caracter global, de angajare multi-dimensională, implicând în egală măsură bolnavul/potențialul pacient/în fapt, consumatorul de servicii, familia acestuia și organisme funcționale multiple, precum furnizorii de servicii medicale, casele de asigurare și factorii de decizie politică. Aceasta deoarece în ultima jumătate de secol au apărut profesii acaparatoare, care limitează durata timpului liber, constrâng familia și modifică pattern-urile de consum (32). Din acest motiv, reușita strategiilor de prevenție a bolilor cardiovasculare impune primordial adaptarea politicilor educaționale la toate nivelurile (medic, pacient și familia sa), pentru a se crește eficiența, prin folosirea diseminării pe scară largă și prin oricare mijloc al cunoștințelor medico-sanitare, utile obiectivului propus. Prin această „propagandă”, în fapt educație sanitară, se urmărește obținerea de către fiecare membru al unei colectivități a unui minimum de cunoștințe, util pe de o parte luării de către acesta a unor decizii informate, iar pe de alta pentru a optimiza adeziunea pacientului atât la o terapie farmacologică, cât și la un stil de viață modificat, în sens pozitiv, necesare a fi respectate întreaga viață (2). În sprijinul unei astfel de direcții, Rezoluția din 9 octombrie 2008 a Parlamentului European, la punctul 24 saluta intenția Comisiei, în spiritul ideii „sănătate pentru toți”, de a se promova sănătatea și de a se preveni bolile în rândul tuturor categoriilor de vârstă, subliniind necesitatea de a se evidenția problemele de sănătate esențiale, cum ar fi alimentația, obezitatea, malnutriția, activitatea fizică, consumul de alcool, droguri, tutun și riscurile de mediu, inclusiv la locul de muncă și acasă, în conformitate cu principiul egalității între bărbați și femei, și oferind sprijin pentru o îmbătrânire lipsită de boli și reducând povara bolilor cronice”, iar la punctul 25, „îndemna Comisia europeană să considere problemele legate de modul de viață ca o prioritate cheie în domeniul sănătății și să le includă, ori de câte ori este posibil, în cercetarea, educația și inițiativele de promovare a sănătății cu finanțare comunitară și în parteneriatele la nivelul UE” (36).

Prevenția și în cazul bolilor cardiovasculare înseamnă la nivel de membru al unei colectivități schimbarea unor mentalități privind modul de utilizare a unor factori și condiții de viață, care sunt modificabili. Eficiența prevenției este cu atât mai benefică cu cât educația preventivă privind bolile cardiovasculare începe mai aproape de adolescență, obiectiv susținut de cel puțin două argumente evidente:

a. rezultatele histo-patologice care au demonstrat la adolescenți depuneri de lipide în peretele arterelor, ca primă etapă în dezvoltarea aterosclerozei (20).

b. prevalența în creștere a obezității, boala fiind considerată astăzi o reală epidemie (4, 10, 15, 30, 33). Datele statistice ale OMS și ale Asociației Internaționale pentru Studiul Obezității (IASO) sugerează că numărul de persoane obeze din Europa s-a triplat în ultimii 20 de ani și a dus la o prevalență de 130 de milioane de obezi și 400 de milioane de persoane supraponderale care trăiesc în Europa.

Prevenirea obezității este obiectiv nu numai al individului, ci și al sănătății publice, deoarece obezul generează cheltuieli de îngrijire a sănătății mai mari decât o persoană normoponderală, costurile crescând disproporționat cu nivelul de creștere al indicelui masei corporale (10). Cu scopul de a schimba mentalitatea individului, la nivelul Uniunii Europene funcționează Platforma UE privind regimul alimentar, activitatea fizică și sănătatea, cu rang de forum al organizațiilor europene din domenii de activitate diferite, variind de la industria alimentară până la protecția consumatorilor, dar care sunt angajate pentru a se realiza un astfel de obiectiv.

Răspândirea conceptului de prevenție a bolilor cardiovasculare, grație programelor de educație pentru sănătate trebuie să conștientizeze individul că afecțiunile de acest tip sunt boli cu determinism social, ceea ce solicită, pentru controlul lor, aplicarea cunoașterii din domeniul științelor sociale și comportamentale atât la nivel individual, cât și la nivel de societate. Societatea este organizată și se conduce conform unui sistem propriu de valori, care normează stilul de viață, actele și conduitele indivizilor, modul lor de a gândi și interpreta lumea. Acest sistem de normare este modelul socio-cultural care acționează asupra comunității, imprimând membrilor săi, între altele, și un anumit stil de viață (24). Aceasta presupune că modul de viață este atribut al colectivității, în timp ce felul de viață în care trăiește individul ca sistem întreg, dar și ca parte a unui alt sistem cu care se află în interacțiune (colectivitatea), este definit de către stilul de viață. Stilul de viață ca și concept sociologic este un concept pragmatic care se adresează cunoașterii, în egală măsură, atât a tuturor dimensiunilor vieții individului, cât și a contextului socio-istoric în care acesta trăiește. Responsabilitatea ultimului decurge din posibilitatea acestuia de a modifica stilul de viață individual atât prin transformările socio-economice care-l caracterizează, cât și prin „dezvoltarea liberalismului individual, ca opțiune.”

a. Transformările socio-economice de la nivel mondial, cu efectul lor benefic de prelungire a duratei medii de viață, s-au constituit însă în promotori ai dezvoltării de boli cronice: cardiovasculare degenerative, oncologice etc. Astfel, progresele pe linia tehnologiei, ca și cele care au îmbunătățit mișcarea oamenilor și a mărfurilor, s-au repercutat profund nu numai asupra compoziției produselor alimentare, ci și asupra necesarului energetic-nutritiv individual. Mașina, indiferent de domeniul existențial al omului, a înlocuit forța umană, de la ramurile de

producție până la menajul familial și transport, iar prin sporirea accesibilității la achiziționarea lor sau a mijloacelor audio-video (în fața cărora omul stă ore, zilnic), s-au generat condițiile de posibilă reducere a activității fizice, în fapt a cheltuielilor energetice din organism.

b. Dezvoltarea liberalismului în cadrul societăților democrate a eliminat constrângerile religioase, etnice, multiplicând plăcerile inclusiv pentru alimentele rafinate, pentru cele de tip fast-food sau de tip patiserie (10, 22). Mediul în care trăim poate fi definit ca inductor de obezitate, deoarece promovează tot mai intens „principiul celor 3 A”: aport alimentar excesiv și disproporționat calitativ, adinamie (sedentarism) și alertă (conviețuire în stres). „Lupta” pentru minimizarea influențelor progresului socio-economic și tehnologic spre a ne conserva sănătatea, inclusiv pe linie cardiovasculară, vizează prevenția și combaterea unora dintre factorii convenționali de risc, prin prioritizarea lor; primordială este cea privind obezitatea/dislipidemia, prin utilizarea de căi care reduc aportul energetic și cresc consumul, metodologie care poate fi exprimată prin sintagma „dietă săracă energetic și mișcare”.

Referitor la dezideratul de combatere a sedentarismului, în 1995, Centers for Disease Control and Prevention și American College of Sports Medicine recomandau ca fiecare adult să presteze minimum 30 de minute de activitate fizică moderată, în cele mai multe, de preferat în toate zilele din săptămână. Un an mai târziu, în 1996, National Institutes of Health (NIH), The US Surgeon General și The American Heart Association, prin consens, subliniau că pentru un beneficiu temeinic, este necesară prestarea unei activități fizice moderate, zilnice, de cel puțin o oră (5, 12, 42). Pentru bolnavul deja suferind cardiovascular, pe plan uman și social, prestarea de activitate fizică are ca obiectiv menținerea acestuia în câmpul muncii / după caz, reinsertia în muncă, cu triplu beneficiu: deziderat și al societății (producându-se valori), al familiei (asigurându-se un venit suplimentar) și al pacientului, reconfortându-l psihic.

Deoarece stilul de viață se formează în paralel cu dezvoltarea personală, constituindu-se într-un factor decisiv sanogenetic sau de risc individual, acesta traduce, în fapt, o strategie de gestionare atât a stării biologice de sănătate, cât și a vieții sociale. Din complexitatea componentelor stilului de viață al fiecăruia dintre noi, experții în prevenție cardiovasculară admit că se constituie în factori de risc comportamentul de consum și pattern-urile legate de dimensiunile vieții (profesie, gospodărie, timp liber), ultimele acționând prin factorii psihoemoționali. Prin identificarea unora dintre aceste componente ale stilului de viață, medicul poate defini, în colectivitate, grupuri cât mai omogene supuse influențelor unor factori individuali și social-culturali comunitari, care vor deveni target al programelor de prevenție, mult mai bine adaptate ca specific. Organizația experților în medicină primară, prevenție clinică și epidemiologie din Statele Unite ale Americii (*U.S. Preventive Services Task Force*) preocupată de conservarea sănătății prin norme de trai rațional, pentru prevenția patologiei cardiovasculare a propus **programul „ALED”** (*Active Living Every Day*): consilierea referitoare la modul/stilul de viață, sfaturi privind alimentația și fumatul, tratamentul hipertensiunii arteriale, abordarea dietetică și medicamentoasă a dislipidemiilor și a obezității concomitent cu administrarea cotidiană a aspirinei la pacienții cu risc crescut.

După OMS, reușita strategiilor de prevenție în bolile cardiovasculare nu poate fi asigurată decât utilizând **intervenții adaptate de prevenție, integrate în asistența medicală primară** și apreciem că și în cea secundară, din ambulatoriu. Pentru a se asigura implicarea în profilaxie cu cea mai mare credibilitate a relației medic-pacient, ca și spre a se crește satisfacția populației cu privire la nivelul calitativ de servicii care i se acordă, este oportună reactualizarea periodică a gradului de cunoștere a achizițiilor din domeniul prevenției cardiovasculare, prin cursuri de perfecționare a personalului medical implicat. „Instruirea” de acest tip a medicilor trebuie inclusă în programele de pregătire medicală continuă, sub forma modulelor cu punctaj util obținerii dreptului de liberă practică. Curricula de perfecționare este necesar să cuprindă tematici precum: modul de evaluare a riscului multifactorial (global), utilizarea ghidurilor, a diagramelor și a hărților regionale, metode centrate pe pacient în procesul de consultație, motivație și susținere a schimbărilor în alimentația și modul de viață al pacientului, modalități de întărire a deciziei pacientului care a adoptat trecerea la stilul de viață sănătos, discutarea obiectivelor tratamentului, a modului de planificare și urmărire a pacienților. Realizarea programelor de prevenție-reabilitare cardiacă presupune prestarea unei munci în echipă, care să includă cel puțin cardiologul și furnizorul programului de recuperare-prevenție, care în timp să conlucreze în a rafina și crește în intensitate programul, ceea ce este echivalent cu crearea a unui nou program, variabil, adaptat pe etape, la starea bolnavului (6, 21).

Aderarea României la Uniunea Europeană a impus nu numai compararea stării de sănătate, ci și a serviciilor medicale oferite versus celor de la nivelul țărilor membre, al căror nivel a devenit cadru de referință. Particulară sistemului de sănătate românesc este cvasicontinuitatea acestuia de a se baza pe asistența spitalicească, ca principală metodă de intervenție în bolile cardiovasculare, România înregistrând una dintre cele mai mari rate de spitalizare nu numai din UE, ci și din lume, în timp ce aplicarea programelor de reabilitare cardiacă este aproape inexistentă. Strategia este păguboasă atât pentru sistem, cât și pentru bolnavul cardiovascular, deoarece este unanim recunoscut că reabilitarea cardiacă:

- produce economii prin costul redus pentru o eficiență sporită și prin reducerea numărului internărilor neplanificate;
- reduce mortalitatea prin boli cardiovasculare cu 1/5 până la 1/4 din incidență;
- îmbunătățește calitatea vieții suferinșilor cardiaci (1).

În România, există un insuficient sprijin pentru preocuparea de întocmire a unor baze de date/registre naționale cuprinzând bolnavii cu o anumită patologie, sau de impunere a respectării ghidurilor de punere în aplicare a diverselor metode și mijloace de terapie, astfel încât acestea să fie eficiente la costuri reduse. În absența bazelor de date naționale privind bolile cardiovasculare, aplicarea programelor de reabilitare cardiacă este „insulară”, sporadică și non-controlabilă, ceea ce nu conduce la **eficientizarea regulei celor 3R, „recuperare, readaptare, reinsertie socială”** care este sinteza obiectivelor unor astfel de programe (9, 18). Mai mult, chiar și atunci când astfel de programe de reabilitare personalizate se desfășoară, ele omit includerea între metodele de prevenție acordarea de servicii psihologice de consiliere individuală și familială asociate sau nu cu psihoterapie (7, 17, 31). Importanța de a nu neglija factorul psihoemoțional, ca target

În programele de prevenție rezultă din capacitatea stresului de a modifica terenul, personalitatea, substraturi comune cu bolile cardiovasculare. Fiziopatologic, stresul, ca o condiție care acționează asupra organismului determinându-l în a reacționa psihoemoțional la acțiunea factorilor din mediu, devine nociv pentru organism numai în condițiile în care depășește anumite limite de intensitate și persistență a duratei. Psihoterapia individuală sau familială se adresează acestor determinanți, reducându-le intensitatea emoțională și durata acțiunii, spre a se micșora suprasolicitarea a două dintre sistemele de apărare ale organismului, implicate în viața de relație (axul hipo-talamo-hipofizo-suprarenalian și componenta adrenergică a sistemului nervos vegetativ), care activate patologic, perturbă:

- buna funcționare a structurilor aparatului cardiovascular (tonus vasomotor, inimă);
- procesele comportamentale privind alimentația, fumatul, activitatea fizică;
- metabolismul glucido-lipidic, cu inducerea hiperglicemiei, a hiperlipidemi-ei etc.;
- homeostazia fluido-coagulantă.

Pentru a se atinge obiectivele propuse prin programele de prevenție cardiovasculară, deoarece conținutul lor trebuie să fie complex și flexibil spre a se putea adapta la persoană, în numeroase țări acestea sunt supuse unui proces de certificare națională, de către organisme specializate care atestă îndeplinirea standardelor esențiale de prevenție și îngrijire.

Pornind de la Dreptul fundamental al omului la sănătate, sintetizând unde ne aflăm și ce trebuie făcut, la nivel național, regional, dar și internațional privind patologia cardiovasculară, concluziile nu pot conduce decât la elementele de bază din Proiectul-program pentru Europa „Sănătatea pentru toți în secolul al XX-lea”: echitate în sănătate (în sensul dispariției diferențelor de acces a individului, dar și de a denivela diferențele de asistență medicală dintre țări) și participare responsabilă a tuturor structurilor non- sau guvernamentale ale unui stat, dar mai ales a individului spre a preveni și mai puțin a trata.

Bibliografie

1. Armstrong-Klein S. (2012) – Modernising cardiac rehabilitation services., abstract, *Nursing Times*, Strategia, 108, (40), pag. 1.
2. Balady J.G., Williams A.M., Ades A. Ph., Bittner V., Comoss P., Foody M.JoA., Franklin B., Sanderson B., Southard D (2007) – Core Components of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs: 2007 Update, *Circulation*, 115, pag. 2675-2682.
3. Brătescu Gh. (1999) – *O istorie a utopismului medical*, Ed. Humanitas, București.
4. Butnariu A. (2011) – *Obezitatea în copilărie și adolescență, ca factor de risc cardiovascular*, în Supliment medical market, *Cardiologie în Medicina de familie*, pag. 9-11.
5. Christine G., Hans-Georg P., Walter T., Sigrid D. (2006) – The Role of Physical Activity in the Development and Prevention of Overweight and Obesity in Childhoo, abstract., *Curr. Nutrition & Food Science*, Vol. 2, Issue 3, pag. 215.

6. Cioca L.V. (2011) – World Health Organization-objectives and points of view for health and for public health in the XXI century, *AMT*, II, (1) pag. 148-149.
7. Clark A.M., Hartling L., Vandermeer B., McAlister F.A (2005) – Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease., *Ann. Intern. Med.*, 43, (9), pag. 659-672.
8. Damasceno G., Cotter A., Dzudie K., Mayosi S. (2009) – Heart Failure in Sub-Saharan Africa: Time for Action, *Journ. Am. College of Cardiology*, 50, 17, pag. 1688-1693.
9. Doherty P & Lewin B. (2012) – The RAMIT trial, a pragmatic RCT of cardiac rehabilitation versus usual care: what does it tell us? *Heart*, 98, (8), pag. 605-606.
10. Domnariu C., Furtunescu F. (2011) – Model de intervenție pentru alimentație sănătoasă și activitate fizică în România, *AMT*, II, 1, pag. 1-2.
11. Farkas-Pall Zsuzsanna (2010) – Metode eficiente în reducerea riscului cardiovascular global în asistența medicală primară, Universitatea Oradea, Facultatea de Medicină și Farmacie.
12. Fletcher G.F., Balady G., Froelicher V.F., Hartley L.H., Haskell W.L., Pollock M.L. (1995) – Exercise standards: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association writing group., *Circulation.*, 91, pag. 580-615.
13. Gaiță D., Avram Cl., Avram A., Zdrenghia D., Mancaș D. (2007) – *Optimizarea stilului de viață în prevenția cardio-vasculară – de la ghiduri actuale la practica clinică.*, Progrese în cardiologie, Ed. Media Med Publicis, vol. II, pag. 361-385.
14. Galderisi M., Lauer M.S., Levy D. (1992) – Echocardiographic determinants of clinical outcome in subjects with coronary artery disease (the Framingham Heart Study), *Am. J. Cardiol.*, 70, pag. 971-976.
15. James W.F.T. (1992) – Epidemiology of obesity. International., *Journal of Obesity*, 16, (2 suppl), pag. 23-26.
16. Kaplan M-S., Newsom J.T., McFarland B.H., Lu L. (2001) – Demographic and psychosocial correlates of physical activity in late life., abstract, *Am. J. Prev. Med.*, 21, pag. 306-312.
17. Lau J., Antman E.M., Jimenez-Silva J., Kupelnick B., Mosteller F., Chalmers T.C. (2002) – Cumulative meta-analysis of therapeutic trials for myocardial infarction., *N. Engl. J. Med.*, 327, pag. 248-254.
18. Manole Gh., Galetescu E.M. (1998) – *Asigurările sociale de sănătate*, Ed. Tehnică, București.
19. Manole Gh. (2002) – *Fiziopatologie clinică generală*, vol. I și II, Compania Națională a Imprimeriilor, Ed. Coresi, București.
20. Madamanchi R.N., Vendrov A., Runge S.M. (2005) – Oxidative Stress and Vascular Disease, *Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology*, 25, pag. 29-38.
21. Me King L-M., Williams A.M., Fletcher F.G., Gordon F.N., Gulanick M., Regele N.C., Leon S.A., Levine D.B., Costa F., Wenger K.N. (2005) – Medical Director Responsibilities for Outpatient Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Program; A Scientific Statement From the American Heart Association/American Association for Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation., *Circulation.*, 112, pag. 3354-3360.

22. Mensink R., Katan M.B. (1992) – Effect of dietary fatty acids on serum lipids and lipoproteins. A meta-analysis of 27 trials. *Arterioscler Thromb.*, 12, pag. 911-919.
23. Moldoveanu E., Daciana S., Marta S.D., Dincă G.V., Șerboiu C., Ghinescu M., Manole Gh. (2011) – Implicarea stresului oxidativ în evoluția insuficienței cardiace, *Medicina modernă*, XVIII, (2), pag. 76-80.
24. Moldoveanu M. – Aspecte medico-sociale ale procesului de îmbătrânire, capitolul I (website).
25. Najafi F., Dobson J. A., Jamrozik K. (2006) – Is mortality from heart failure increasing in Australia? An analysis of official data on mortality for 1997–2003, *Bull World Health Organ*, vol. 84, no. 9, Geneva, Sept.
26. Petersen S., Peto V., Rayner M., Leal J., Luengo-Fernández R., Gray A. (2005) – *European Cardiovascular disease statistics: 2005 edition*, British Heart Foundation London.
27. Pignone M., Salazar R. (2009) – *Disease prevention and Health promotion*, Current Medical Diagnosis & Treatment, Ed. McGraw-Hill Lange Medical, pag. 6-11, 13-15.
28. Popescu M.C. (2000) – Riscul cardiovascular, *Medicina Modernă*, 2, (VII), pag. 64-66; articol înscris și în Programul de EMCB, la data 1.09.2006.
29. Rose G. (1981) – The strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease, *BMJ*, 282, pag. 1847-1851.
30. Sassi F., Devaux M., Cecchini M., Rusticelli E. (2009) – The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries.
31. Shepherd C.W., While A.E. (2012) – Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review., *Int. J. Nurs. Stud.*, 49, pag. 755-777.
32. Șerban M. – Stil de viață, (web site).
33. Taessen J.A., Wang J.G., Thijs L. (2001) – Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta-analysis, *Lancet*, 358, pag. 1305-1315.
34. Wenger N.K., Froelicher E.S., Smith L.K., Philip A., Ades P.A., Berra K., Blumenthal J.A., Certo M., Dattilo A.M., Davis D., DeBusk R.F., Drozda J.P. Jr., Fletcher B.J., Franklin B.A., Gaston H., Greenland P., McBride P.E., McGregor C.G., Oldridge N.B., Piscatella J.C., Rogers F.J. (1995) – Clinical Practice Guidelines No. 17: Cardiac Rehabilitation as Secondary Prevention, Rockville, Md: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, National Heart, Lung and Blood Institute; AHCPR Publication 96-0672.
35. Commission Decision of 5 July 2012 on setting up a multisectoral and independent expert panel to provide advice on effective ways of investing in health, 2012/C 198/06, Off. J. U.E., C198/7 din 6.07.2012.
36. European Parliament resolution of 9 October 2008 on Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, 2008/2115(INI), Off. J.U.E.C 9 E/10, vol. 52, din 15 ianurie 2010.
37. The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life, Geneva, World Health Organization, 2002; website: bookorders@who.int..
38. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk, World Health Organization, 2007, pag. 5-18.

39. European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable diseases, WHO Europe Report, 2007, pag. 29-39.

40. Ghidul european de prevenție a bolilor cardio-vasculare în practica clinică, Comitetul ESC pentru Ghiduri Clinice, European Heart Journal, 2003, 24, (17), pag. 1601-1610.

41. Al Patrulea Grup Reunit de Lucru al Societății Europene de Cardiologie și al altor societăți pentru prevenția bolilor cardiovasculare în practica clinică (constituite din reprezentanți a nouă societăți și din experți invitați); Strategii de prevenție și probleme politice; Premize științifice., Jurnalul European de Cardiologie Preventivă și Recuperare Cardiovasculară, 2007, 14, (Supp2), pag. E1-E40.

42. Physical Activity and Cardiovascular Health; NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. Physical activity and cardiovascular health., JAMA, 1996, 276, (3), pag. 241-246.

2. Statutul social al cardiacului – punct de plecare în edificarea psihocardiologiei

Ioan-Bradu Iamandescu, Crina Julieta Sinescu

2.1. Caractere generale

Problemele generale ce aparțin Psihocardiologiei își au rădăcinile în faptul că relația dintre inimă și viața psihică este extrem de transparentă, faptul fiind cunoscut de, practic, întreaga populație ce utilizează frecvent expresii în acest sens precum „mi-a stat inima în loc“, „îmi saltă inima de bucurie“, „îmi plesnește inima de necaz“ etc.

Aceste observații în rândul poporului nostru au stat la baza denumirii în limba română a cordului (cor, cordis în latină) prin cuvântul „inimă“, după latinescul „anima“ (suflet), singura corespundență lingvistică fericită de acest fel în rândul popoarelor europene care utilizează alte cuvinte precum „coeur“ (fr.), „Herz“ (germ.) sau „heart“ (eng.) etc.

Legătura dintre viața emoțională, ca atribut de expresie a sufletului omenesc și inimă este redată în *tabelul 1*.

În practica medicală, bolnavii cardiaci ocupă un loc important – indiferent dacă ei sunt abordați la nivelul asistenței de medicina de familie sau al altor specialități medico-chirurgicale.

Nu numai corpul medical, ci și populația laică apreciază relativ asemănător caracterele distinctive pentru postura „cardiacului“, menită să-i confere acestuia un statut special în rândul bolnavilor cu alte afecțiuni medicale, impunându-le o relaționare specială față de bolnavii cardiaci.

Într-o evaluare personală, considerăm următoarele caracteristici de ordin bio-psihosocial pe care le posedă „cardiacul“:

Tabelul 1. Reflectarea emoțiilor la nivelul ACV

Inima = „anima“ (suflet)

1. Activitatea ACV = oglindă a activităților emoționale

2. Stresurile psihice majore cauzale pentru ACV sunt provocate de:

- situații conflictuale
- munca sub presiunea timpului, a motivației crescute și a insatisfacției profesionale
- „pierderi“ (persoane dragi, job, reputație, financiare)

3. Modalități de inserție a stresului în etiopatogenia BCV

- participă la edificarea bolii (ateroscleroză coronariană)
- declanșează debutul (de exemplu, IM)
- ritmează evoluția (pusee noi, complicații)
- provoacă decesul, inclusiv moartea subită

4. Reversibilitatea tulburărilor funcționale la un cardiac = foarte redusă (de exemplu, emoțiile puternice) (1)

În plan biologic, există o atingere a sănătății, de regulă, severă – chiar dacă, inițial, poate să nu afecteze calitatea vieții – amenințând cu apariția prematură și bruscă a invalidității și chiar a decesului, în condiții extrem de comune, cum ar fi eforturile fizice și/sau distress-ul emoțional.

În plan psihologic, *anxietatea* – creată de prognosticul adeseori rezervat al unor boli precum infarctul miocardic, insuficiența cardiacă, tulburări severe de ritm etc. și amplificată de restricțiile numeroase și extrem de incomode (în special față de eforturile fizice, alimentele hipercalorice, fumat sau consumul nelimitat de alcool), – și *depresia*, apărută în cazul instalării unei adevărate invalidități în unele cardiopatii cu evoluție severă, constituie manifestările comorbide cele mai importante, nu rareori, atingând dimensiunile bolilor psihiatrice.

În plan social, cardiacul este apreciat ca necesitând înțelegere și protecție din partea colectivității (familie, colegi etc.). Spre deosebire de stigmatizarea nedreaptă a unor bolnavi – precum psihoticii, nevroticii, cei care suferă de TBC, cancer, SIDA, unele boli dermatologice profund inestetice (psoriazis, eczemă etc.) – boala cardiacului este considerată ca „onorabilă“ și „curată“ datorită absenței unor aspecte dezagreabile pentru anturaj.

De asemenea, comportamentele de risc pentru sănătate (fumatul, excesele alimentare și de alcool) sunt camuflate și scuzate de către cardiac prin invocarea stresurilor numeroase de care acesta are parte. Chiar în cazul când frustrările, „pierderile“, conflictele, condițiile de viață dificile constituie cauza stresurilor – reale sau invocate – ale cardiacului, comportamentele menționate nu absolvă actualul sau viitorul bolnav cardiac de responsabilitatea sa față de propria sănătate și – din această cauză – indulgența celor din jur apare ca nejustificată.

2.2. Elemente de statut social al cardiacului

Cele patru trăsături de statut social al bolnavului „în general”, enunțate de Parsons – condensate de noi sub formula „ansamblul de drepturi și obligații ale unei persoane cu o anumită poziție în societate” (2) – dobândesc o serie de particularități specifice situației în care se află bolnavul cardiac. Prin urmare, vom analiza, pe rând, aceste patru elemente.

1. Dreptul la ajutor din partea colectivității – particularizat și riguros prescris pentru instituția medicală – implică o participare mai largă a societății incluzând atât instituții (biserica, organizații caritabile etc.) cât și grupurile de apartenență ale bolnavilor (familia, în primul rând, dar și vecinii sau chiar și persoane necunoscute, angajate moral în acordarea oricărei forme de ajutor posibil unui bolnav, cunoscut ca fiind cardiac).

Spre deosebire de alte categorii de bolnavi, cardiacul primește acest ajutor din partea instituției medicale și al celor din jur **sub imperativul urgenței** și din perspectiva unui posibil deces, fapt ce îi amplifică acest drept, foarte puțin contestat.

Cum folosește cardiacul acest drept, rolul social, reprezintă o gamă largă de comportamente, în funcție de personalitatea, de circumstanțele de apariție a manifestărilor clinice, dar și de anturaj, existând două atitudini extreme:

- cea proprie cardiacilor cu trăsături ipohondriace sau demonstrative (isterice), care abuzează de dreptul la ajutor, prin solicitări repetate, în cazul unor tulburări funcționale deja clarificate etiologic;
- cazul cardiacilor aflați în tratament și aparținând tipului psihocomportamental A, care – absorbiți de râvna cu care își urmăresc scopurile (mai ales profesionale) – amână prezentarea la medic.

2. Scutirea de responsabilități. Cardiacii beneficiază de înțelegerea celor din jur – familie, vecini, colegi etc. – în privința menajării de eforturi fizice, care – peste anumite limite – le pot declanșa simptomele agravării bolii sau chiar moartea subită. Din păcate, unii cardiaci continuă să presteze munci fizice grele – având interdicții ferme pentru profesiile respective –, să fumeze și să consume alcool în exces, cu toate că – în funcție de înțelegerea sau egoismul celorlalți – ar trebui să se țină cont, totuși, de suferința lor cardiacă.

Și în acest caz, al scutirii de responsabilități, există abuzuri din partea unor bolnavi care solicită schimbarea locului de muncă sau chiar pensionarea pentru simptome cardiace minore.

O altă formă de comportament în această privință este adoptarea aproape exclusivă a unor activități sedentare, neglijându-se faptul că înșiși cardiologii prescriu exerciții fizice, în colaborare cu kinoterapeutul.

În raport cu majoritatea specialităților medicale, cardiologia cuprinde o mare parte dintre bolnavii care sunt scutiți de eforturi fizice medii și intense sau de activități profesionale care interzic astfel de eforturi, sau expunerea la noxe chimice, zgomote puternice etc. Totuși, progresele recente privind abordarea chirurgicală a unei mari părți dintre bolnavii cu forme grave de cardiopatii au permis acestora o activitate fizică fără mari restricții.

Trebuie amintit faptul că unii bolnavi cardiaci – mai ales cei aparținând tipului comportamental A – nu respectă restricțiile de efort, – implicate de scutirea de efort – din vina proprie, asumându-și mari riscuri, uneori vitale.

3. Obligația bolnavului de a cere ajutor medical de la primele simptome. Reprezintă un prim pas major în profilaxia agravării unei boli incipiente sau chiar aflate la debut – cu atributele urgenței. În puține boli aparținând specialităților medicale există o astfel de obligație pe care o are un bolnav în momentul în care el conștientizează că ceva nu mai este în regulă cu propria lui sănătate. Cel mai elocvent exemplu, în această privință, îl oferă atitudinea multor bolnavi față de simptomele de debut ale infarctului miocardic, mai ales când acestea sunt suficient de sugestive pentru un astfel de diagnostic. Paradoxal, tocmai pacienții cu tipul psihocomportamental A – predispuși la boala coronariană – sunt cei mai numeroși printre cei care amână solicitarea ajutorului medical în primele 6 ore de la instalarea acestui accident cardiac, fapt ce îi privează de șansa aplicării măsurilor terapeutice optime numai în acest interval de timp.

4. Obligația bolnavului de a coopera fără rezerve cu echipa medicală, considerând inacceptabil pentru sine și societate exagerarea/prelungirea primirii celor două drepturi – la ajutor și scutire de responsabilități. Această trăsătură de statut interferează cu complianța terapeutică pe care cardiacul o posedă într-un grad mai ridicat decât alte categorii de bolnavi, dată fiind severitatea bolii și amenințarea vitală. În schimb, un bolnav hipocompliant va evolua nefavorabil, continuând să primească ajutor, tot mai scump, de la societate. Acest abuz, chiar dacă neintenționat – față de ajutorul, în ultimă instanță financiar – se concretizează prin concedii medicale, spitalizări costisitoare, medicamente compensate – foarte scumpe, pe măsura agravării bolii prin neglijarea indicațiilor terapeutice primite. O astfel de atitudine este cauzată de lipsa de înțelegere sau de voință a bolnavului cu privire la respectarea restricțiilor și a tratamentului medicamentos impuse de boala sa cardiacă.

La polul opus se înscriu pacienții cardiaci care își exagerează acuzele subiective – neconfirmate de datele clinice și investigațiile de laborator – intrând în categoria pacienților ipohondriaci, obsesivo-fobici sau chiar a simulanților.

3. Încadrarea psihocardiologiei în domeniile de interferență ale medicinei cu științele psihosociale

Ioan-Bradul Iamandescu

3.1. Scurt isoric

Psihocardilogia reprezintă un domeniu de interferență între cardiologie și științele psihosociale – mai precis elementele acestora, – aplicate în prezent la analiza și influențarea evoluției sănătății și bolii.

Referitor la aceste științe „psihomedicale” trebuie să facem o incursiune scurtă, în timp, în evoluția gândirii și a practicii medicale.

Medicina, la originile sale, a abordat omul bolnav de o manieră holistică tratând deopotrivă simptomele somatice/fizice și psihice, așa cum s-a întâmplat în Orientul Îndepărtat (China, Japonia), Grecia Antică (medicina hippocratică) și – în Evul Mediu – în lumea arabă (Avicenna) și țările Europei renascentiste (Italia, Franța, Anglia etc.).

Întrucât, până în secolul al XVIII-lea – al XIX-lea, psihicul a constituit un domeniu mai greu accesibil medicilor axați prioritar pe bolile somatice ale pacienților lor – de exemplu, traumatismele, infecțiile, intoxicațiile – separarea **domeniului psihiatriei** în cadrul asistenței medicale a permis relativ târziu apariția unei alte ramuri medicale, **psihosomatica**, studiind relațiile de influență reciprocă dintre tulburările/simptomele psihice și cele somatice.

Deși psihosomatica – care studiază aceste relații dintre psihic și corp (soma) – s-a desprins din trunchiul psihiatriei, ea a inclus în sfera sa de preocupări populația bolnavilor somatici (nu bolnavii cu tulburări psihiatrice!), dar a operat cu o serie de concepte de ordin psihiatric (de exemplu, anxietate, depresie, obsesii, stres etc.) care însă sunt aplicabile și bolilor din specialitățile medicale și chirurgicale, ca simptome însoțitoare (fie cu rol cauzal, fie ca efecte ale suferinței somatice).

Psihosomatica și-a focalizat preocupările pe patru mari direcții:

1. Influența factorilor psihosociali (a stresului psihic și a condițiilor de viață) asupra evoluției bolilor somatice, generând apariția sau agravarea acestora (de exemplu, infarct miocardic, ulcer duodenal etc.), ceea ce constituie **latura psihosomatică** a bolilor psihosomatice;

2. Ecoul psihosocial al unei boli somatice, mergând până la apariția unei adevărate boli psihiatrice noi (de exemplu, o stare depresivă severă la un bolnav neoplazic sau chiar cu un infarct miocardic), **latura somatopsihică**;

3. **Relația în plan psihologic și social** (de comunicare în plan etic) dintre medic și bolnav, menită să influențeze – în bine sau în rău – cursul bolii și răsfrângându-se asupra unor capitole importante ale psihosomaticii, precum: efectul placebo și mai ales complianța terapeutică, dar și psihoterapia;

4. **Studiul stilului de viață** al bolnavilor somatici, cu accent pe componentele nocive, cu risc pentru sănătate, dar și pe cele sanogenice, de păstrare sau dezvoltare a sănătății.

La rândul ei, Psihosomatica a permis desprinderea unor discipline, mai noi și mai riguroase, **Psihologia Sănătății și Medicina Comportamentală**, care – dacă analizăm tabla de materii a tratatelor consacrate acestor discipline – studiază aceleași probleme cuprinse în sfera preocupărilor psihosomaticii, dar fără a repeta greșelile – generate de absolutizarea și, mai ales, înțelegerea eronată a unor teze freudiste – care au condus la **eliminarea psihosomaticii din clasificările DSM III și IV și chiar din glosarele acestor noi discipline**, echivalente din punct de vedere al problematicii cu „vechea” psihosomatică („disoluție semantică a psihosomaticii” (3).

În realitate, astăzi asistăm – pe plan internațional – la o „coexistență pașnică” a „vechii psihosomatici” cu cele două discipline menționate (Psihologia Sănătății și Medicina Comportamentală), iar, mai recent (4), autorii americani au reluat

termenul de „Psihosomatică”, condiționând însă expres utilizarea lui ca echivalent al capitolului *Liaison – consultation psychiatry*, consacrat asistenței psihiatrice a bolnavilor somatici, cu boli grave care generează inerent suferințe de natură psihiatrică certă (de exemplu, bolnavi cu arsuri sau alte mutilări severe, bolnavi neoplazici, dermatoze profund inestetice etc.).

Înainte de a ne decide ce ar trebui să „aparțină” Psihocardiologiei, va trebui să recunoaștem faptul că există mari dificultăți în a le separa de cele trei discipline didactice medicale deja amintite interferând cu Psihologia și Sociologia, și anume Psihologia Sănătății, Medicina Comportamentală și Psihosomatica. Aceste dificultăți justifică perplexitatea pe care o încearcă cineva (inclusiv studenții!) care – așa cum am mai amintit – analizează tabla de materii a tratatelor de Psihologia Sănătății, Psihosomatică și Medicină Comportamentală, atunci când găsește aceleași probleme, fie de ordin teoretic, fie de ordin practic revendicate de fiecare dintre disciplinele respective.

Totuși, ar exista niște diferențe subtile, „de accent” între aceste discipline.

Încercând o delimitare între sfera noțională a acestor discipline, am putea să le atribuim „cuique suum”, câte o parte din cele patru direcții de preocupări prezentate mai sus, în funcție de relația dintre factorii psihosociali și diferitele compartimente și funcții ale organismului uman.

Referitor la **comportamentele patogenetice** (de risc pentru sănătate) ale omului bolnav, acestea au o nuanță net diferită față de cele similare la omul sănătos care se simte mai puțin constrâns să adopte conduitele sanogenice pe care cel mai adesea, le cunoaște dar nu le urmează.

Din aceste motive considerăm că Psihologia Sănătății ar trebui să studieze trăsăturile psihologice incluse în stilul de viață care sunt implicate în cultivarea/păstrarea sănătății sau apariția bolii, având și rolul de creștere a rezistenței individului față de stres.

Din această perspectivă – după cum am propus într-o altă lucrare (5) – comportamentele sanogenice și cele de risc pentru boală ar urma să fie studiate de **Psihologia Sănătății** numai în cazul omului sănătos care trăiește încă cu iluzia permanenței sănătății sale, având o atitudine permisivă, indulgentă pentru ceea ce îi dăunează datorită cedării facile în fața tentațiilor pentru tot ceea ce îi face plăcere. Aceleași comportamente nocive față de sănătate sunt altfel privite de către omul ajuns deja bolnav, care – constrâns de avatarurile și riscurile bolii – adoptă, în plus, multitudinea de comportamente specifice rolului social în cadrul bolii și – din această perspectivă – considerăm că **Medicina Comportamentală** ar trebui să studieze cu prioritate acest fel de comportamente, la fel ca și psihoterapia cognitiv comportamentală, menită să le corecteze. În plus, Medicina Comportamentală reprezintă cel mai bine cadrul de **analiză a relațiilor în plan psihosocial dintre medic și pacient**.

Psihosomatica actuală ar trebui să studieze mecanismele prin care stresul psihic și multiplele sale fațete clinice sunt convertite în procese fiziopatologice sau lezionale somatice (inclusiv neurologice, cu expresie nevrotică sau psihiatrică – de exemplu, accidentele vasculare cerebrale) (Iamandescu, ibidem, 2006). De asemenea – întrucât în multe facultăți se studiază „**Psihologia Medicală**”, am propus ca sub acest nume să fie incluse toate cele trei discipline menționate, ca

ramuri ale Psihologiei Medicale – intercorelate și având accentul pe o problemă specifică, așa cum am arătat (6) – spre a justifica denumirile lor și a satisface deziderate de ordin didactic privind unitatea noțiunilor prezentate spre studiu.

3.2. Medicina comportamentală – cadru de definiție

Medicina Comportamentală poate fi considerată succint ca o știință de interferență medicală și psihologică, având ca obiect studiul comportamentelor în sănătate și boală (7).

Ruddel (8) – încercând să definescă succint obiectivele Medicinii Comportamentale – consideră că ea asigură integrarea sistematică a unei competențe psihologice în medicină și permite o îmbunătățire a diagnosticului, a prevenirii, a terapiei și a reabilitării, în special în bolile cronice.

Köllner și Broda (9) accentuează faptul că bolnavul nu trebuie considerat ca un receptacol pasiv pentru încorporarea indicațiilor medicale, ci trebuie privit prin prisma resurselor și a potențialului său de a se adapta spontan, care trebuie activate de către terapeut. Prin urmare, Medicina Comportamentală încearcă să moduleze comportamentul bolnavului într-un sens favorabil păstrării sau recuperării sănătății acestuia.

Detaliind și completând definiția lui Köllner, se poate considera că Medicina Comportamentală contribuie la **clasificarea și înțelegerea unor comportamente defectuoase pentru sănătate, ca și a unor comportamente specifice omului bolnav**, iar anihilarea/modelarea, corectarea lor se poate face pe baza realizării unei comunicări optime dintre doctor și pacient, precum și cu ajutorul principiilor și al metodelor psihoterapiei comportamentale.

În ceea ce ne privește, considerăm (5) că Medicina Comportamentală – care în ultimele două decenii și-a inclus în domeniul său de preocupări și problemele pe care și le revendică atât Psihologia Sănătății cât și mai vechea Psihosomatică – ar trebui să abordeze cu prioritate problemele legate de comportamentul omului bolnav, dependent de trăirea bolii ca și de relațiile sale cu echipa medicală și grupurile sociale de apartenență (familie, mediu profesional, dar și alți membrii ai societății).

Bibliografie

1. Taylor, A., (1982) – Stress, hypertension et cardiopathic ischemique, loc, cit. 12, 133-152, in Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., *Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter*, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne, 1982.
2. Iamandescu I.B. (1995) – *Psihologie medicală*, Editura Infomedica, București.
3. Iamandescu I.B. (2008) – *Psihologie Medicală*, vol. 2, Psihosomatică generală și aplicată, București, Editura Info Medica, p. 79, 85, 87, 206, 241-258.
4. Levenson în Levenson J.L. (2005) – *Introduction* pp XIX-XXI în *Textbook of Psychosomatic Medicine*. Amer. Psych Publ., Washington, London.
5. Iamandescu I.B. (2010) – *Manual de Psihologie medicală*, Editura Info Medica, București, 2010.

ramuri ale Psihologiei Medicale – intercorelate și având accentul pe o problematică specifică, așa cum am arătat (6) – spre a justifica denumirile lor și a satisface deziderate de ordin didactic privind unitatea noțiunilor prezentate spre studiu.

3.2. Medicina comportamentală – cadru de definiție

Medicina Comportamentală poate fi considerată succint ca o știință de interferență medicală și psihologică, având ca obiect studiul comportamentelor în sănătate și boală (7).

Ruddel (8) – încercând să definescă succint obiectivele Medicinii Comportamentale – consideră că ea asigură integrarea sistematică a unei competențe psihologice în medicină și permite o îmbunătățire a diagnosticului, a prevenirii, a terapiei și a reabilitării, în special în bolile cronice.

Köllner și Broda (9) accentuează faptul că bolnavul nu trebuie considerat ca un receptacul pasiv pentru încorporarea indicațiilor medicale, ci trebuie privit prin prisma resurselor și a potențialului său de a se adapta spontan, care trebuie activate de către terapeut. Prin urmare, Medicina Comportamentală încearcă să moduleze comportamentul bolnavului într-un sens favorabil păstrării sau recuperării sănătății acestuia.

Detaliind și completând definiția lui Köllner, se poate considera că Medicina Comportamentală contribuie la **clasificarea și înțelegerea unor comportamente defectuoase pentru sănătate, ca și a unor comportamente specifice omului bolnav**, iar anihilarea/modelarea, corectarea lor se poate face pe baza realizării unei comunicări optime dintre doctor și pacient, precum și cu ajutorul principiilor și al metodelor psihoterapiei comportamentale.

În ceea ce ne privește, considerăm (5) că Medicina Comportamentală – care în ultimele două decenii și-a inclus în domeniul său de preocupări și problemele pe care și le revendică atât Psihologia Sănătății cât și mai vechea Psihosomatică – ar trebui să abordeze cu prioritate problemele legate de comportamentul omului bolnav, dependent de trăirea bolii ca și de relațiile sale cu echipa medicală și grupurile sociale de apartenență (familie, mediu profesional, dar și alți membrii ai societății).

Bibliografie

1. Taylor, A., (1982) – Stress, hypertension et cardiopathic ischemique, loc. cit. 12, 133-152, in Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., *Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter*, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne, 1982.
2. Iamandescu I.B. (1995) – *Psihologie medicală*, Editura Infomedica, București.
3. Iamandescu I.B. (2008) – *Psihologie Medicală*, vol. 2, Psihosomatică generală și aplicată, București, Editura Info Medica, p. 79, 85, 87, 206, 241-258.
4. Levenson în Levenson J.L. (2005) – *Introduction* pp XIX-XXI în *Textbook of Psychosomatic Medicine*. Amer. Psych Publ., Washington, London.
5. Iamandescu I.B. (2010) – *Manual de Psihologie medicală*, Editura Info Medica, București, 2010.

6. Luban-Plozza, Iamandescu I.B., (1998) – *Dimensiunile psihologice ale muzicii*, Romcartexim, București.
7. Koellner V. (2005) – in V. Koellner und M. Broda (2005): *Klinische Verhaltenmedizin* Thieme Stuttgart, New York.
8. Rueddel K. „Geleitwort“ (2005) – in V. Koellner und M. Broda: *Klinische Verhaltenmedizin* Thieme Stuttgart, New York.
9. Koellner V. und Broda M. (2005) – *Klinische Verhaltenmedizin* Thieme Stuttgart, New York.

4. Psihocardiologia – cadru noțional și domeniu de preocupări

Crina Julieta Sinescu, Ioan Bradu Iamandescu

4.1. Considerații semantice

Dintre științele relativ noi – menționate anterior – care se ocupă de ansamblul de probleme specifice asistenței medicale (profilactice și curative), două – Psihiatria și Medicina Comportamentală – își revendică dreptul de a include cardiologia în sfera lor de preocupări: medicina, în general, și diversele specialități medicale, în special clasice.

Astfel „**Psihosomatica aplicată**” – termen utilizat în România de unul dintre noi (1) după modelul *Spezielle Psychosomatik* al autorilor germani – are drept corespondent pentru cardiologie „**Psihosomatica cardiologică**” (*Kardiologische Psychosomatik*) în timp ce „**Medicina Comportamentală**” (*Behavioral Medicine*) îl are în *Behavioral Cardiology* (2).

După cum se va vedea, există și alte denumiri sinonime, dar conținutul lor este identic, inclusiv utilizarea aceluiași termeni (stres, complianța terapeutică, relația medic-pacient etc.).

Din acest motiv și pentru evitarea unor confuzii semantice, în limba română, chiar și a unei cacofonii (**Psihosomatica cardiologică**), am considerat mai potrivit să utilizăm un alt termen, cel de **Psihocardiologie**, mai cu seamă că, deși mai rar, este utilizat și de alți autori (2).

De asemenea, datorită faptului că în literatura internațională predomină titluri apropiate de domeniul Medicinii Comportamentale precum *Behavioral Cardiology* (3, 4, 5), ca și *Behavioral Cardiology in practice* (2), o vom considera și noi o ramură a Medicinii Comportamentale și, de aceea, am încercat să realizăm un foarte sumar tablou al Medicinii Comportamentale în prezent, așa cum este ea definită de câțiva autori specialiști în acest domeniu.

4.2. Domeniul de preocupări

Aceste considerații introductive justifică necesitatea unei discipline – veritabilă știință, consacrată **aspectelor de ordin biologic și psihosocial în bolile cardiovasculare** – menită să lărgască orizontul diagnostic și terapeutic al abordării medicale a bolnavilor cardiaci prin existența și luarea la cunoștință de către medici și psihologi a unei dimensiuni psihosociale a patologiei cardiovasculare.

Având în vedere faptul că gândurile și emoțiile bolnavului – capabile să influențeze, prin releu psihosomatic, fiziologia cardiovasculară – se exprimă prin „comportamente” – ca reacții observabile la exterior, în primul rând de către medic – apare ca extrem de potrivită încadrarea încărcăturii psihosociale a patologiei cardiovasculare în teritoriul aparținând medicinei comportamentale.

Prin urmare, „Psihocardiologia” – sinonim al „Medicinei Comportamentale Cardiologice”, va avea în sfera sa de preocupări o serie de obiective pe care – conform cerințelor medicinei comportamentale, dar și ale psihosomaticii în sens restrâns – le vom enumera în cele ce urmează, ele constituind pietrele de construcție ale cărții de față. Vom folosi în această listă de obiective și pe cele propuse (exclusiv!) de autori agreeți de noi pentru acuratețea și logica prezentării acestor obiective pe baza prelucrării a numeroase date din literatură (6, 2).

1. **Analiza intervenției factorilor psihosociali** în evoluția bolilor cardiovasculare, desigur în corelație cu factorii biomedicali studiați uneori exclusiv de către corpul medical (care continuă, din păcate, să ignore Modelul biopsihosocial al lui Engel) (6).

2. În cadrul acestei secțiuni de etiopatogenie psihogenă a bolilor cardiovasculare, va fi analizat **rolul consistent și extrem de frecvent jucat de Stresul Psihic (SP)**.

3. **Studiul comportamentelor – de sorginte psihosocială** – cu rol favorizant al îmbolnăvirii cordului și a vaselor, având trei mari categorii (7):

- **comportamente de consum „de substanțe euforizante”** (termen utilizat de Teitel, profesor de Farmacologie la IMF – București, în anii 1950-1960) (8) dintre care „substanțele” (termen englezesc eliptic folosit în literatura anglo-saxonă și introdus în DSM-uri), dăunătoare pentru cord și vase, sunt reprezentate de alcool, tutun și droguri;
- **comportamente de aport nutritiv nociv** pentru cord: sare, alimente lipidice saturate, sau exces de glucide, implicate prioritar în apariția obezității.
- **comportamente de reducere a efortului fizic** (necesar, totuși, în doze potrivite, chiar și în reabilitatea bolnavilor cu infarct miocardic), în contrast cu **reducerea excesivă a orelor de somn**.

În aceste comportamente dăunătoare sănătății într-un plan larg, generând și alte patologii se înscriu tipurile comportamentale A și D, mari „colecționare” de SP (9).

4. **Tulburările în sfera afectivă și relațională** favorizând, prin mecanism de cerc vicios, apariția și evoluția bolilor cardiovasculare. Dintre acestea, **deprezia** este un factor de risc independent pentru evoluția nefavorabilă postinfarct (reinfectizare și moarte subită), iar **anxietatea** poate agrava o cardiopatie într-un stadiu avansat de evoluție.

Tot în această categorie se înscrie și tendința de **izolare socială**, dar și **ostilitatea, agresivitatea** și, mai ales, **interiorizarea furiei** (10, 6, 2).

5. Studiul personalității bolnavului cardiovascular, dar și al **suportului social**, capabil să atenueze evoluția nefavorabilă a unor cardiopatii (11).

6. Programele de intervenție complexă, biopsihosocială, de prevenție și tratament ale principalelor boli cardiovasculare, măsurile terapeutice de ordin psihologic ocupând un rol din ce în ce mai important.

7. Principalele forme de psihoterapie menită să corecteze comportamente nocive, patogenetice ale bolilor cardiovasculare, dar și tulburările psihice ale acestora.

8. În sfera activității sociale și profesionale, vor fi studiate **măsurile de profilaxie față de distress-ul la locul de muncă** (relații ierarhice conflictuale – colegi necooperanți, șefi de serviciu stresanți – dar și suprasolicitarea epuizantă) și de protecție cu caracter social adresate bolnavilor cardiovasculari.

9. Existența sau formarea unor asociații ale bolnavilor cardiovasculari, precum și măsuri, la scară națională, contra unor factori de risc pentru cardiopatii (de exemplu, fumatul și alimentația nocivă) cu antrenarea unor reprezentanți ai mass-media pentru propagarea în rândul populației a unor principii și modalități practice care să asigure un stil de viață sănătos.

Toate aceste preocupări ale Psihocardiologiei s-au intensificat după anul 2000, devenind tot mai clar faptul că absolutizarea abordării biomedicale exclusive a BCV grevează eficiența terapiei moderne, intricată cu metode chirurgicale, de aportul tot mai eficient al intervenției psihologice capabilă să limiteze efectele distress-ului, să combată depresia („inamicul numărul 1” al bolnavilor cu infarct miocardic și nu numai al acestora) și să deconșioneze angrenarea cardiacilor într-o gamă mai largă de comportamente nocive pentru sănătate, inclusiv pentru cardiaci (fumatul și dieta hiperlipidică, sedentarismul etc.).

Elaborarea unor programe de abordare complexă, psihoeducațională și terapeutică, a bolnavilor CV (cum sunt ENRICHED sau ESSEN) (6) – are în vedere asocierea unor măsuri ce vizează: 1) factorii de risc pentru BCV; 2) măsuri de asigurare a nevoilor sociale și a climatului profesional adecvat unor relații lipsite de atributele distress-ului cu colegii și șefii ierarhici; 3) implicarea partenerilor de cuplu în tratamentul bolnavului cardiac, eventual psihoterapia extinsă la soțiile hiperprotectoare și anxioase care potențează și sporesc anxietatea bolnavului legată de problemele bolii sale; 4) intervenția psihologică complexă, dar individualizată, constând în utilizarea prioritară a terapiei cognitiv-comportamentale, a terapiei de relaxare și a consilierii psihologice, neomițând antrenamentul fizic (dozat după indicațiile cardiologului) (cf. 2 și 6). Aceste programe care aplică în mod sinergic măsuri de ordin terapeutic și profilactic provenind din zona de competențe distincte – medicală, psihologică, asistență socială, fiziokinetoterapeutică – sunt evaluate prin parametrii medicali – clinici și, mai ales, de laborator, psihometrici (teste psihologice, dar și chestionarele de calitate a vieții) a căror modificare în sens favorabil va trebui să îndeplinească exigențele EBM (*Evidence-Based Medicine* – medicina bazată pe dovezi).

Bibliografie

1. Iamandescu I.B. (sub red.) (1999) – *Elemente de psihosomatică generală și aplicată*, Editura Infomedica, București.
2. Dornelas E.A. (2008) – *Psychotherapy with Cardiac Patients*, ed. American Psychological Association Washinton, DC.
3. Das S., O'Keefe J.H. (2006) – Behavioral cardiology: recognizing and addressing the profound impact of psychosocial stress on cardiovascular health, *Current Atherosclerosis Reports*, 8 (2), 111-118.
4. Pickering T. et al. (2003) – Behavioral cardiology: Has its time finally arrived? *Mount Sinai J. of Medicine*, 70, 101-11.
5. Rozansky A. et al. (2005) – The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J Amer. College of Cardiology*, 45, 637-651.
6. Yer J., Beck N. (2007) – Psychocardiology: Advancing the assessment and treatment of heart patients, *Electronic Journal of Applied Psychology: Psychocardiology*, 3 (2), 3-12.
7. Iamandescu I.B. (2007) – *Comportament și sănătate*, Ed. Amaltea, București.
8. Teitel A. (1962) – *Curs de Farmacologie*. Litografia IMF București.
9. Iamandescu I.B. (1993) – *Stresul psihic și bolile interne*, vol. I, ed. All.
10. Fritzsche K. (2006) – În Fritzsche K und Wirsching M. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Springer, Heidelberg.
11. Blumenthal J.A., Lett H.S., Babyak A. et al. (2003) – Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet*, 362:604–609.

CAPITOLUL 2

ROLUL FACTORILOR PSIHOSOCIALI ÎN CADRUL ETIOLOGIEI PLURIFACTORIALE A BOLILOR CARDIOVASCULARE

I. Interrelații bidirecționale între factorii psihosociali și bolile cardiovasculare

Ioan-Bradu Iamandescu

Sfera actuală de preocupări a psihosomaticii include la loc de frunte două categorii de probleme (1):

- **impactul factorilor psihosociali** asupra sănătății individului (în virtutea unor particularități psihofiziologice permeabilizante pentru stres) și capacitatea lor de a genera fenomene patologice, inclusiv mecanismele prin care ei acționează;
- **rezonanța organică și psihologică** față de tulburările din cadrul bolilor somatice, inclusiv față de situația (statutul) de bolnav, ambele tipuri de rezonanță constituind **reculul somatopsihic al patologiei de organ**.

În bolile cardiovasculare (BCV), participarea factorului psihogen (reprezentat cu precădere de stress-ul psihic) la constituirea și modularea evoluției lor – în raport cu ceilalți factori etiopatogenici – este inegală, pe primul plan situându-se HTA și cardiopatia ischemică coronariană (vezi *Tabelul 1*), ca boli eminamente psihosomatice de largă răspândire, alături de tahicardia paroxistică supraventriculară, hipotensiunea arterială, boala Raynaud, astenia neuro-circulatorie („nevroza cardiacă”) și alte sindroame psihosomatice cardiovasculare mai rar întâlnite (sindromul cardiac X – Likoff, sindromul hiperkinetic cardiac primitiv) (2).

Actualmente se poate afirma că orice boală are o componentă psihosomatică (3, 4), eticheta de boală psihosomatică continuând să fie aplicată doar acelor boli sau sindroame (precum cele de mai sus) în care ponderea etiologică a factorului psihogen este importantă și, uneori, decisivă, ea fiind apreciată ca factor de risc pentru boala respectivă (1).

A. Tulburările psihosomatice cardiovasculare induse de stresul psihic (SP)

1. Modalități de inserție a SP în patogenезa BCV

Activitatea psihică – inclusiv desfășurarea relativ „liniștită” a unor procese cognitive ca atenția, operațiile gândirii etc. – exercită o influență asupra unor organe cu o bogată inervație cum sunt și cele ale aparatului cardiovascular (ACV) (a se vedea, de exemplu, modificările ECG apărute în cursul unor teste de calcul mintal). Se poate atinge un maximum de amplitudine și persistență a modificărilor induse psihogen ale activității ACV în cazul unor emoții violente sau al unor stări de tensiune emoțională prelungită, cuprinse în mod curent în sfera noțiunii de stres psihic (SP) (2).

În condițiile unei funcționări normale a ACV, SP provoacă doar răspunsuri fiziologice emoționale (de fapt, corelatele fiziologice, somatoviscerale, cardiovasculare ale emoțiilor) a căror fixare în pattern-uri „psihocardiovasculare” poate antrena, în decursul timpului și prin repetarea ori brutalitatea SP, „așternerea patului” unor boli organice (majoritatea apărute prin intermediul aterogenezei sau al instalării HTA) (1).

În această privință, studierea efectelor pe termen lung ale SP implică dificultăți metodologice, lăsând loc adesea unor estimări axate în principal, pe deducție.

Pe fondul aterosclerozei coronariene, al aterosclerozei cerebrale, dar și în alte teritorii vasculare, mai puțin studiate – afectări care reprezintă stadii latente de boală vasculară – stresul psihic poate acționa ca trigger al manifestărilor clinice (crize de angor sau hipertensive, infarct miocardic sau cerebral etc.).

La indivizii cu predispoziție genetică pentru BCV și în cazul preexistenței unor tulburări cardiovasculare funcționale sau organice, intervenția SP poate genera modificări importante, prin supraadăugarea la tulburările anterioare a efectelor descărcării de catecolamine și a altor mediatori ai reacțiilor de stres. Se poate afirma cu certitudine că SP grăbește (scade vârsta debutului) apariția unor BCV „programate” genetic pentru vârsta maturității (exemplele cele mai relevante fiind HTA esențială și infarctul miocardic apărute la tineri) (5).

Indiferent de acțiunea, imediată sau în timp, exercitată de SP asupra ACV, ea se intrică cel mai adesea cu cea a unui complex de factori de risc cu componentă „voluntară”, deci evitabili, cum sunt fumatul, consumul de grăsimi și/sau supra-greutatea, excesul de alcool, sedentarismul, somnul redus.

Acești factori de risc (studiul Alameda) (6) evidențiază o dublare a mortalității în cazul în care sunt cumulați mai mult de 3 dintre factori de risc componenți. De asemenea, aceștia sunt la rândul lor generați de factori psihosociali diverși, dar în special de stresul psihic. Alteori, există o disfuncție la nivel de inervație a ACV (7) sau de receptori, ca în sindromul hiperkinetic primitiv, creând premisele unei acțiuni „zgomotoase” a SP asupra ACV, capabilă să realizeze aparența unor veritabile BCV organice.

Intervenția SP în patogeneza BCV, exercitată într-un context plurietiologic și adesea pluripatogenic, are loc în următoarele modalități (vezi Tabelul 1).

Tabelul 1. Modalități de intervenție a factorilor psihosociali asupra BCV

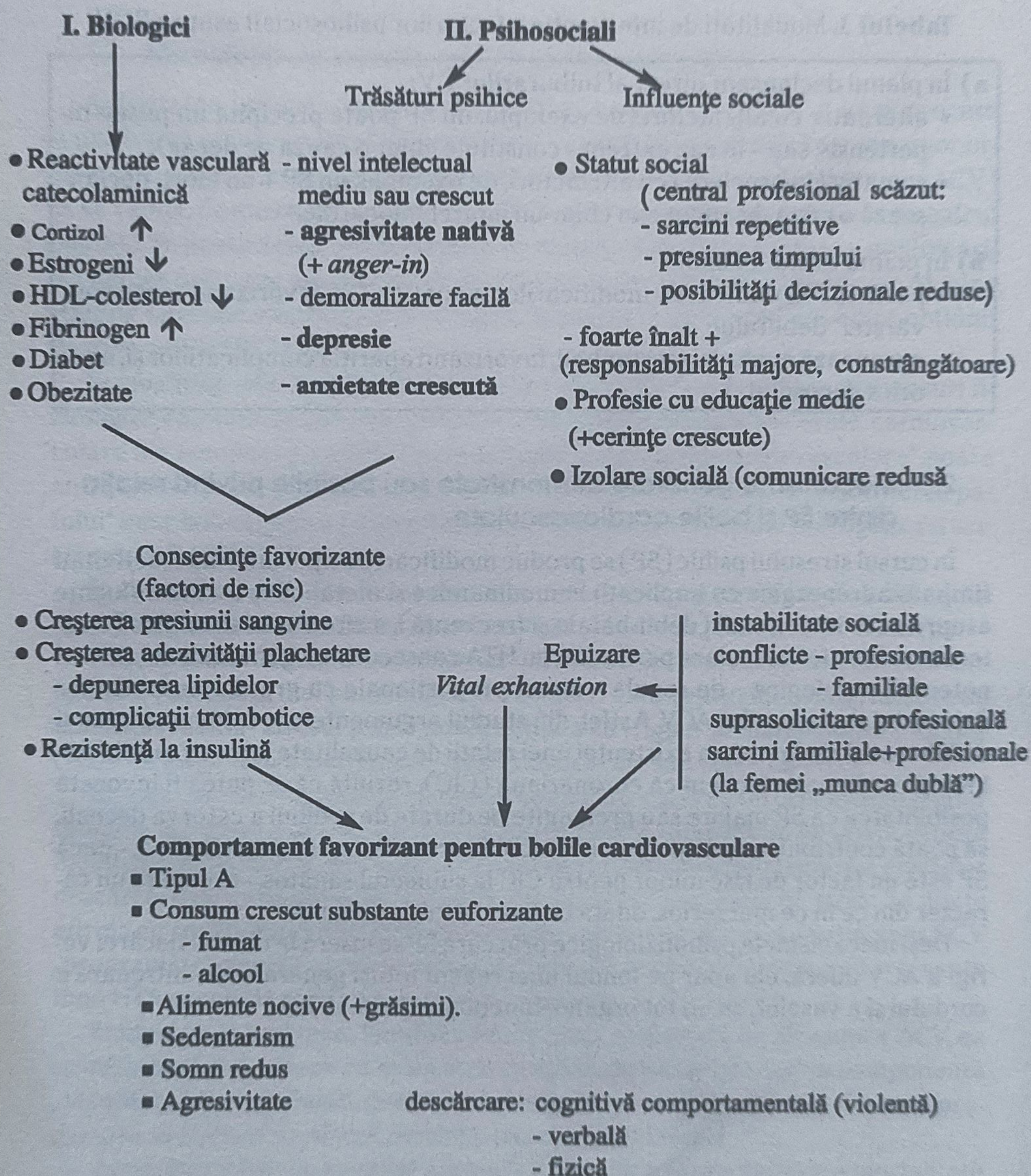
- a) În planul declanșant direct al tulburărilor CV:
- alternativ cu alți factori (de exemplu, un SP poate precipita un puseu hipertensiv sau – în caz extrem – constituie chiar o cauză de deces);
 - sumativ (în asociere) cu alți factori, de exemplu, un SP + un efort, declanșează o criză de angor sau chiar un infarct miocardic.
- b) În planul evoluției bolii:
- participă la edificarea modificărilor somatice CV, favorizând „scăderea vârstei” debutului;
 - agravează evoluția acestor boli, favorizând apariția complicațiilor și, uneori, a decesului.

2. Mecanisme generale demonstrate sau posibile privind relația dintre SP și bolile cardiovasculare

În cursul stresului psihic (SP) se produc modificări de tipul unei hiperactivități simpato-adrenergice cu implicații hemodinamice și metabolice având influențe asupra activității inimii (debit-bătăie și frecvență), a circulației sistemice (creșterea rezistenței vasculare periferice, cu HTA consecutivă), generând modificări potențial patologice – de regulă – direct proporționale cu gravitatea leziunilor deja instalate la nivelul ACV. Astfel, din studiul argumentelor (epidemiologice și de laborator) în favoarea existenței unei relații de cauzalitate între stresurile psihice și cardiopatia ischemică coronariană (CIC), rezultă că ar putea fi invocată posibilitatea ca SP, majore sau prelungite pe durate de ordinul a câtorva decenii, să poată contribui la apariția precoce a bolii coronariene (8) consideră că, – dacă SP este un factor de risc minor pentru CIC la subiectul sănătos – el capătă un caracter din ce în ce mai serios, odată ce boala este constituită.

Deși mecanismele psihofiziologice prin care SP se inseră la nivelul fiecărei verigi a ACV diferă, ele apar pe fondul unei reacții totuși generale, de antrenare a cordului și a vaselor, ca un tot organo-funcțional (9, 10, 11, 12).

Tabelul 2. Factori etiopatologici implicați în evoluția bolilor cardiovasculare (sinteză după 6, 9, 10, 11)



Tabelul 3. Inserția factorilor psihosociali în contextul factorilor biologici implicați în etiopatogeneza infarctului (sistemizarea personală după date din literatură) (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)

FACTORI GENETICI

- hiperreactivitate vasculară
- persistența TA crescute după un test aritmic
- hiperreactivitate vasculară la catecolamine (TABP)
- modificări structurale în hipotalamusul posterior favorizând amploarea SP

FACTORI HORMONALI

- testosteron ↑
- estrogen ↓ - menopauză precoce „de stres”
- catecolamine ↑ - stres psihic acut de orice fel
- cortizolul - stres psihic cronic cu reacții de abandon sau situații de „pierdere”; și în stările depresive.

FACTORI METABOLICI

- colesterolul ← stres psihic acut (catecolamine)
← stres psihic profesional cu recompense mici asociat cu fumat, cu exces ponderal și cu exces de alcool
- acizi grași ← stres psihic acut de orice fel
- trigliceride ← stres psihic cronic + fumat + contraceptive orale (femei)

FACTORII COAGULĂRII

- Fibrinogen ↑
 - fumători (crește în SP)
 - nefumători - calificare redusă
 - aglomerare familială și izolare socială
 - iritabilitate, epuizare, demoralizare
- Adezivitate plachetară (betatromboaglutinină plasmatică)
 - stresuri acute; ostilitate exprimată (agresivitate)
- Inactivarea plasminogenului tisular
 - ← SP profesionale cronice și oboseală excesivă (*vital exhaustion*)

FACTORI VASCULARI

- HTA ← SP profesionale cu sarcini crescute și control redus decizional în condiții de suport social redus
- microcirculație
 - tromboze
 - indirect prin creșterea adezivității plachetare, ischemie relativă (ambele prin catecolamine și ceilalți factori)
 - ruptură plăcii ateromatoase
 - apare în cursul creșterii TA și a nivelului colesterolului plasmatic
 - ↓ NO (vasodilatator sintetizat de endoteliu)
 - scade în stresul mental
- modificări bioelectrice
 - profilul lipidic generat de combinația: exces de catecolamine pe fondul excesului de cortizol din stările depresive

Aceste **pattern-uri psihofiziologice, declanșatoare de reacții cardiovasculare** – prezente la majoritatea indivizilor, dar cu nuanțe adesea diferențiatore subtile – se pot constitui, de-a lungul unei vieți presărate cu numeroase și importante SP, în posibili agenți etiologici ai unor afecțiuni cardiovasculare. Astfel, analiza unor expresii emoționale negative (de exemplu: anxietate, mânie și depresie), relevă atât modificări ale frecvenței și ale regularității ritmului cardiac, cât și existența unor tulburări vasomotorii (de regulă, vasoconstricție, cu creșterea tensiunii arteriale), percepute prin măsurători obiective, dar cel mai adesea subiectiv (palpitații, uneori neregulate – extrasistole, răceala extremităților, cefalee etc.). Dispneea, ca semn al tulburărilor psihosomatice (TPS) induse de SP la nivelul aparatului respirator, poate să apară însă și ca efect al unei HTA de stres, în timp ce durerea coronariană de natură ischemică este indusă de SP aproape constant pe un pat coronarian ateromatos, mai rar putând fi consecința unui vasospasm la un subiect normal (16).

În condițiile existenței unei boli cardiace cu evoluție severă, chiar eustress-ul – reprezentat de unele stări de intensă bucurie, de exemplu – poate antrena, prin aceleași modificări de tip simpaticoton, apariția unor complicații grave, fiind cunoscute morți subite la unii suporteri, bolnavi coronarieni, după marcarea unui gol de către echipa favorită (2).

În cadrul tratării principalelor tulburări CV vor fi detaliate mecanismele inserției somatice a tulburărilor psihice cu referire la date din literatura mai recentă.

3. Gradul de reversibilitate a tulburărilor psihosomatice cardiovasculare

Cu toate că majoritatea SP generează tulburări funcționale reversibile de-a lungul unor decenii, există situații în care reacția ACV la stres poate avertiza asupra instalării ulterioare a unei anumite boli (cazul creșterii disproporționate în SP a valorilor tensionale la tinerii hiperreactivi vasculari, cu antecedente familiale de HTA) (18). Nu același lucru se întâmplă cu cazurile în care reversibilitatea unor tahicardii paroxistice prelungite, induse psihogen la un coronarian, nu mai poate evita, la un moment dat, apariția unui IM (prin scăderea debitului coronarian, în condiții de creștere a consumului de oxigen).

În sfârșit, există situații când tablouri patologice relativ sistematizate (*Soldier Heart*) fără afectare cardiacă, dar cu sensibilitate extremă a ACV față de SP, cum este sindromul DaCosta – își mențin reversibilitatea și nu evoluează spre organizare nici după 30 de ani de evoluție (8).

B. Răsunetul psihosocial al tulburărilor aparatului cardiovascular

Ioan-Bradu Iamandescu, Anca Frunză

Atât tulburările psihosomatice cardiovasculare fiziologice – în majoritate reversibile – din cursul SP, cât mai ales cele fiziopatologice, prezente cvasiconstant (de exemplu, insuficiența cardiacă) sau incidental (de exemplu, sindromul

Adams-Stokes, unele scăderi ale debitului vascular cerebral în insuficiența aortică, sindromul ortostatic etc.) exercită o influență la nivel cerebral, atât pe plan neurologic (organic), cât și psihologic fie ca percepție senzorială a unor disfuncții, fie ca o observare cu rezonanță afectivă negativă a propriei boli.

1. Tulburările neurologice

Tulburările neurologice la bolnavii cardiovasculari sunt adesea ignorate chiar la **bolnavii cu hipoxie cerebrală cronică**, la care concurează atât procesul de ateroscleroză cât și scăderea debitului cerebral de cauză hemodinamică (insuficiența cardiacă, în primul rând). Simptomele cele mai frecvente întâlnite în aceste condiții sunt: cefaleea, astenia, insomnia, adesea grupate într-un **sindrom neurasteniform** și favorizând alte tulburări ca: scăderea atenției și a memoriei, uneori chiar a fluxului ideational. De regulă, apare o fatigabilitate intelectuală pronunțată. Toate aceste tulburări conduc și la modificări dispoziționale ale bolnavului, care devine anxios și/sau depresiv.

Tulburări neurologice, de gravitate variabilă, apar în **sindromul Adams-Stokes** și în tulburările de irigație cerebrală date de salvele de extrasistole ventriculare, ca și de tahiaritmiile cu frecvență foarte ridicată (mai ales adăugate pe un pat vascular îngustat prin ateromatoză).

În acest cadru intră și **encefalopatia hipertensivă**, sindrom neuropsihic complex ce exprimă impactul neuropsihic al unor crize hipertensive severe.

2. Tulburări somatopsihice inductoare de distress la bolnavii cu afecțiuni cardiovasculare

Inima a devenit de-a lungul timpului sinonimă cu sufletul omului (anima) (5) în ceea ce privește oglindirea nuanțată a vieții afective umane, prin tulburări prompt instalate și percepute de subiect în condițiile apariției oricărei emoții sau a persistenței a variate sentimente. Este cunoscut faptul că adesea, orice variație de frecvență cardiacă sau tensională – sesizată în plan subiectiv de către un subiect sănătos (cu atât mai mult dacă este cardiopat) – generează o anxietate de intensități variate. Un real SP este indus de apariția unor palpitații la un bolnav care se știe suferind de aritmie extrasistolică – în special cu ES ventriculare, percepute subiectiv – care au un prognostic mai rezervat decât cele supraventriculare. SP este și mai intens dacă bolnavul a aflat din diverse surse că extrasistolele pot fi expresia unui infarct miocardic sau a altor boli cardiace care pot fi urmate de tulburări grave (inclusiv moartea subită).

Tulburările somatopsihice (TSP) se definesc, ca în aceste exemple, drept tulburări psihice apărute ca ecou al unor suferințe somatice cardiovasculare. În situațiile menționate, se închide adesea un cerc vicios între TSP și amplificarea tulburărilor de ritm prin descărcările de catecolamine și celelalte modificări neuro-umorale caracteristice pentru SP. Același lucru este valabil și pentru **crizele de tahicardie paroxistică** (cele supraventriculare având o legătură mai netă cu SP, mai ales când survin la hipertiroidieni, care au și un psihic mai labil) (1).

O poziție particulară o ocupă **durerea coronariană anginoasă și cea din IM** (stresantă, ce necesită adesea medicație opiacee), ambele tipuri de coronaralgii beneficiind și de medicație anxiolitică (19).

În sfârșit, cea mai mare încărcătură psihică – survenită ca reacție somatopsihică – o constituie durerea șocogenă, generatoare a unei extreme anxietăți (în unele infarcte miocardice sau pulmonare, în sindromul de ischemie periferică acută etc.).

În legătură cu tulburările somato-psihice generate de situația de cardiac, ele se sistematizează sub forma unor reacții psihiatrice cu o expresie afectivă pregnantă ce vor fi prezentate în câteva capitole ale lucrării de față începând cu paragraful următor.

3. Impactul psihic negativ al stării de bolnav cardiac

Purtătorii bolilor cardiovasculare cu evoluție cronică sunt adesea denumiți „cardiaci”. Sub această etichetă, în mod inevitabil, bolnavii dobândesc un statut social aparte, legat de necesitatea menajării lor de la o serie de stresuri fizice (mai puțin SP, exigența respectivă nefiind ușor de respectat de către cei din jur).

Situația aceasta implică o **serie de restricții**, în special legate de efort fizic (uneori, și cu limitarea activității sexuale), dar și de o serie de activități cu importante efecte antistresante (drumeții, sporturi, activități fizice deosebite etc.). La acestea se adaugă și efectul în plan afectiv determinat de oprirea fumatului și restricțiile la consumul de alcool și cafea (9).

La toate aceste surse de SP se adaugă, de obicei nemărturisite, **perspectiva morții subite** (în special la cei cu antecedente de infarct) sau a unor complicații redutabile (accidente vasculare cerebrale generatoare de pareze și paralizii, edeme pulmonare la hipertensivi ori valvulari etc.). Cele mai stresante sunt situațiile concrete ale unor bolnavi operați (proteze valvulare, pacemaker etc.), la care, pe lângă riscul chirurgical propriu-zis – intervine și teama suplimentară întreținută de **posibilitatea unor defecte tehnice legate de aparatura** respectivă. De asemenea, amenințarea recidivei de infarct sau a complicațiilor acestuia și mai ales prezența lor, creează o **stare de teamă permanentă**, expresie a unui SP de diferite grade de intensitate, cu rol negativ în evoluția însăși a bolii coronariene de bază. Aceasta limitează mult inițiativele bolnavului, fiind necesară adesea o reinserție socioprofesională condusă de un psiholog experimentat, colaborând însă strâns cu medicul cardiolog sau internist.

În același mod, bolnavul hipertensiv – care își cunoaște, din senzațiile subiective ce însoțesc creșterile tensionale, apariția unui puseu hipertensiv – amplifică uneori severitatea acestuia prin SP în care intră odată cu evaluarea amenințării complicațiilor (desigur, alături de trăirea disconfortului somatic legat de puseul respectiv).

Există numeroase studii prospective care indică faptul că **depresia majoră și simptomele depressive** în sine conferă un risc crescut pentru evenimente cardiovasculare atât la indivizi deja cunoscuți cu boală de origine cardiovasculară, cât și la cei sănătoși. Simptome depressive semnificative se întâlnesc la 40-65% dintre indivizii care au suferit un infarct miocardic acut, în timp ce prevalența depresiei majore este de 20-25% la acești indivizi (20). Un fapt cunoscut este și acela că

depresia este subdiagnosticată în cadrul secțiilor de cardiologie sau medicină internă, punându-se accentul pe simptomele de ordin somatic și mai puțin pe acuzele care ar putea să ghideze spre asocierea unei depresii la afecțiunea de fond a pacientului. Depresia este și aceea care determină exacerbară, prelungirea și amplificarea simptomelor cardiace, acestea fiind mai evidente chiar și în condițiile unui management terapeutic eficient al bolii cardiovasculare. Acești pacienți prezintă mai frecvent angină la testul de efort, și, totodată, prezintă angină persistentă timp mai îndelungat după un infarct miocardic acut.

Depresia este asociată cu un prognostic mai defavorabil al bolii cardiovasculare, fiind un predictor important al unor evenimente cardiace ulterioare și fiind asociată, în același timp, cu o rată mai mare a mortalității.

Riscul asocierii bolii cardiovasculare cu depresia este la fel de mare ca și acela al factorilor de risc tradiționali (hipercolesterolemia, fumatul, hipertensiunea arterială) și este, totodată, independent de aceștia.

Relația între depresie și boala cardiovasculară este mediată de o serie de mecanisme de ordin comportamental și psihologic. Depresia acționează ca o puternică influență asupra comportamentului individului, care are mai puțină grijă de el și de sănătatea sa, conferind mai puțină atenție dietei, fiind mai **adesea consumator de alcool, fumând mai mult**, având un grad mai scăzut de motivație și energie în efectuarea activității fizice, căutând, în același timp, cu mai mare greutate și latență ajutor medical. Simptomele depresive reprezintă și un factor de disconfort în ceea ce privește relaționarea socială și un impediment în adoptarea mecanismului de coping adecvat (2).

Ea conduce și la **izolarea socială a bolnavilor cardiovasculari**, ceea ce agravează, prin mecanism de cerc vicios, depresia.

Pacienții cardiaci depresivi prezintă **hiperactivitate a axei hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenaliane și hipercortizolemie**. Corticosteroizii exercită efecte aterogene, inclusiv inducerea de hipertensiune arterială și creșterea nivelului de colesterol și acizi grași liberi. Totodată, există o **hipersecreție de norepinefrine** în depresie și această activare a sistemului simpatico-adrenalian contribuie la apariția bolii cardiovasculare prin efectele directe ale catecolaminelor asupra funcției cardiace, a vaselor de sânge și a agregării plachetare.

Afecțiunile cardiovasculare sunt frecvent asociate cu **anxietatea**, anxietatea cronică, tulburările anxioase, inclusiv tulburarea de panică și tulburarea anxios-fobică, prezentând o influență negativă cu creșterea morbidității și a mortalității pacienților cardiaci. O serie de studii prospective au constatat o **rată mai mare a morții subite** și a mortalității în general în rândul pacienților cardiaci anxioși (21). O explicație adusă în sprijinul acestei asocieri este reprezentată de scăderea activității vagale și a ratei de variabilitate cardiacă la subiecții cu anxietate semnificativă, precum și angina microvasculară și cardiomiopatia idiopatică prezentă la aceștia.

II. Argumente epidemiologice și experimentale privind implicațiile stresului psihic în etiopatogeneza bolilor cardiovasculare

Ioan-Bradă Iamandescu

Este de domeniul evidenței că un **stres psihic acut** poate precipita apariția unei crize de angină pectorală, a unui infarct miocardic sau chiar a morții subite.

Raffanelli și colab. (22) au evidențiat **rolul stresului psihic cronic** în apariția infarctului miocardic prin cuantificarea evenimentelor stresante la 97 de pacienți în anul care a precedat debutul bolii, în raport cu alți 97 de subiecți indemni de BCV care au înregistrat un număr semnificativ mai redus de astfel de evenimente stresante. Se poate presupune că un număr crescut de SP acute într-un an poate include și acele SP persistente a căror desfășurare poate conduce la epuizarea secreției de cortizol, după o creștere inițială puternică (23) – alături de catecolamine – care produce modificări patologice la nivelul miocardului, în special prin creșterea consumului de oxigen și prin creșterea agregării plachetare și hipercoagulabilitate consecutivă.

În cazul **sindromului de hipocortizolism cauzat de distress-ul prelungit** (23) este plauzibilă accentuarea răspunsului inflamator la nivelul endoteliului coronarian, soldat cu accentuarea modificărilor ischemice. Rosengren și colab. (24) au demonstrat, și mai convingător, prin analiza unor loturi uriașe – 11 119 de bolnavi cu IM versus 13 648 de subiecți indemni de BCV – că evenimentele stresante pe durata anului precedent au fost semnificativ mai frecvente la cei cu IM.

Chiar și **stresul marital** determinat de multitudinea de schimbări în viața cuplului – pregătirile de nuntă, modificări de statut, problemele economice etc. – poate afecta negativ evoluția unei cardiopatii ischemice preexistente, „înăutând prognosticul cardiopatiei ischemice la femei” (25).

De menționat că, spre deosebire de SP acut – dominat de efectele „revărsării” masive de hormoni de stres – în special prin hiperfuncție autonomă simpatică și adrenocorticală) – **SP cronic acționează și indirect, prin comportamentele compensatorii, dar nocive** (fumat, exces de alcool, sedentarism, consum de lipide și glucide) (26), favorizând instalarea unor modificări patologice (ateromatose), în primul rând la nivelul patului vascular coronarian.

Aceste **comportamente nocive produse la indivizii stresați** ca mecanisme compensatorii față de reacția de distress în plan psihologic sunt camuflate de bolnavi care furnizează stresul drept scuză (numai parțial valabilă!) pentru apariția IM.

Revenind la acțiunea SP acut asupra inimii, ea se poate exercita și asupra unui cord indemn, așa cum s-a observat în așa-numitul **sindrom Tako-Tsubo**, produs de o emoție neașteptată și brutală (de exemplu, vestea morții unei persoane foarte apropiate) care provoacă o disfuncție ventriculară stângă reversibilă (27).

O poziție oarecum particulară o ocupă moartea subită, dar și alte evenimente cardiace (pusee hipertensive, crize de tahicardie ventriculară etc.) instalate în primele ore ale dimineții (când se trece de la hipertonia vagală nocturnă la cea simpatică matinală) și care apar mai frecvent în ziua de luni (*Monday Fever* sau *Sunday night Blues*) (28). Explicația acestei „predicții” a urgențelor cardiace pentru începutul săptămânii pare să fie legată de anticiparea dificultăților ce

urmează să apară în cursul muncii, fapt ce permite să considerăm, ca un veritabil distress acut, aceste „griji care ies la suprafață” odată cu sfârșitul relaxării de week-end.

Această „zonă de certitudine cronologică” rămâne încă grevată de numeroase „incertitudini” etiopatogenice, dar relația cu factorii psihologici și, în primul rând, cu distress-ul pare demnă de investigat.

De asemenea, au fost imaginate veritabile „**teste de stres**” (filme cu scene de violență, accidente de muncă etc.) pentru a se urmări variația diferiților parametri funcționali din cursul SP (inclusiv ai ACV) (2).

Un test mai recent de stres, lipsit de nocivitate și utilizat la bolnavii hipertensivi, este cel în care sarcina este reprezentată de jocuri la calculator.

În ultimii ani studiile epidemiologice și experimentale au beneficiat de aportul unor metode de investigație complexe sau noninvazive care, în plus, au putut verifica eficiența unor intervenții psihoterapeutice.

Vom cita doar câteva astfel de studii ilustrative pentru o gamă largă de factori psihosociali intervenind atât în declanșarea și agravarea BCV cât și în ameliorarea lor.

În plan experimental se pot exemplifica prin apariția unei necroze miocardice la șobolanii „obligati” (prin închiderea lor în cuști) să *asculte o banda de magnetofon, zgomote produse de lupta dintre o pisică și un șobolan care după aproximativ 20 de minute este omorât și mâncat de felină* (29).

De asemenea, *jocurile video pe calculator* sau testele de calcul mintal au permis diferențierea formelor de hipertensiune arterială predominant de debit (sistolică) sau de rezistență vasculară (diastolică) (2). În prezent se utilizează *filme cu scene „de groază”* (accidente de muncă sau intervenții chirurgicale sângere-rânde etc.) menite să producă modificări ischemice coronariene sau tensionale.

Încă din anii 1980, Klumbies (30) a reușit să evidențieze subdenivelarea segmentului ST pe ECG prin sugerarea unor emoții negative cu caracter depresiv evocate de situații triste din viața unor bolnavi în stare de hipnoză.

În planul cercetărilor epidemiologice, în ultimele trei decenii, au fost evidențiate metode mai accesibile în hipertensiunea arterială și mai laborioase în cardiopatia ischemică coronariană – pentru evidențierea unor modificări importante în planul evoluției acestor boli. O atenție deosebită a fost acordată amb-ientului și mediului profesional.

Astfel, în HTA – încă din 1984 – von Eiff (13) a demonstrat pe subpopulații germane din Bonn diferența de circa 18 mmHg dintre mediile TA între locuitorii din vecinătatea aeroportului (cu **zgomotele JET-utilor** de la acea dată) și cei de lângă Universitatea situată într-un parc liniștit din vecinătatea Rhinului. De asemenea, Moga (12) în țara noastră a evidențiat valori semnificativ mai crescute ale TA la o **subpopulație de tineri activiști** promovați în activități de conducere pentru care nu dispuneau de o pregătire universitară temeinică (facultăți urmate „pe puncte”).

Kulawik (18) a descris cazuri de HTA **juvenilă instalată în circumstanțe de viață opresivă** [de exemplu, ginerele unui om de afaceri obligat să efectueze o activitate care îi crea permanent conflicte cu socrul său – reușește, după mutarea cu soția în alt oraș (după 8 luni cu valori hipertensive) să revină la cifrele tensionale normale, pe care le-a păstrat încă 9 ani de la ieșirea din contextul stresant de viață].

Recent, în anul 2012, un studiu – efectuat de Abonzeid și colab. (31) – care au urmărit evoluția sănătății veteranilor australieni, luptători în Războiul din Golf (1991) – a evidențiat apariția precoce la această subpopulație încă tânără față de populația de aceeași vârstă care nu a participat la război. De asemenea, Guillbert-Quimet și colab. (14) au relevat **rolul extrem de important al recompensei profesionale în rândul „gulerelor albe”**, la care s-au constatat creșteri tensionale persistente în cazurile la care această recompensă nu le-a fost acordată în ciuda efortului depus în munca respectivă.

Referitor la boala coronariană, cităm câteva studii exemplificative pentru cele mai importante contribuții ale factorilor psiho-comportamentali și, mai ales, ale depresiei la instalarea și agravarea evoluției bolii

În primul rând, un studiu longitudinal efectuat de Myers și Dewar (32) a permis constatarea că depresia postinfarct miocardic acut a contribuit la reinternări și la neglijarea tratamentului mai frecvent decât la bolnavii fără depresie.

Referitor la **prezența unui sindrom de „epuizare”** la foarte mulți bolnavi în perioada de până la 6 luni premergătoare instalării infarctului, Lindberg și colab. (33) afirmă că „prezența unei stări de epuizare poate să prezică apariția bolii coronariene independent de simptomele depresive sau anxioase, dar numai la bărbați”.

Carney și colab. (34) au apreciat că **incidența depresiei în rândul bolnavilor cu cardiopatie ischemică cronică și insuficiență cardiacă** variază între 15 și 40%.

Prezența depresiei la un individ sănătos somatic este apreciată de Carney (34) ca un factor de risc dublu pentru apariția unei boli cardiovasculare și triplu pentru deces (35).

La un bolnav cu infarct miocardic, persistența depresiei produce modificări ischemice progresive:

- după 2 ani debitul total al rețelei coronariere, apreciat prin determinare computerizată, scade cu 27% (36);
- la nivelul creierului se produc anomalii microstructurale în cortexul cingulat anterior și cortexul prefrontal dorso-lateral (37); aceste modificări au fost evidențiate chiar la numai 3 luni după un accident coronarian acut.

III. Factori de risc pentru bolile cardiovasculare

A. Factori de risc generali

Ioan-Bradul Iamandescu, Crina Julieta Sinescu

1. Stresul psihic (evaluare succintă a rolului în patogeniza BCV¹)

Reprezintă un factor de risc pentru BCV mai mare decât în majoritatea celorlalte boli cronice grevate de mortalitate din zilele noastre.

Se mai discută încă despre legitimitatea lui ca factor de risc pentru edificarea BCV, deoarece efectele sale negative asupra unui cord deja lezat (în special prin

¹ Va fi tratată pe larg în capitolul 3.

ateromatoză) (8) nu mai pot fi negate de nimeni, așa cum se poate constata în cazul morții subite la un bolnav cu un infarct miocardic în antecedente.

Și totuși, **implicarea SP în etiopatogenia aterosclerozei** – ca substrat al leziunilor vasculare coronariene și periferice – nu poate fi negată. Ea se realizează prin mai multe mecanisme de intervenție și anume:

- în **mod direct**, prin acțiunea – deja menționată – a catecolaminelor (creșterea acizilor grași și a colesterolului LDL, vasoconstricție arteriolară și creșterea consumului de oxigen etc.) și a cortizolului (în ultimă instanță, crește coagulabilitatea sangvină), ca și a altor „hormoni de distress”;
- în **mod indirect**, este responsabilă de **adaptarea majorității comportamentelor de risc** – deja recunoscute de cardiologi – pentru contracararea efectelor psihologice negative ale distress-ului, așa încât fumatul, excesul de alcool, dieta „consolatoare” (de la lipide și până la glucide gustoase), precum și sedentarismul sunt de fapt expresia unor *modalități de apărare – nefericite alese – contra stresului*.

Din toate aceste motive, care indică SP ca un principal factor de risc pentru BCV, vom consacra două capitole ample stresului psihic.

Există o proporție importantă de indivizi supuși unor stresuri psihice majore, adeseori devastatoare, dar care ating vârste înaintate fără o afectare cardiacă sau cu forme blânde de boală (de exemplu, o hipertensiune arterială „benignă” care, după vârsta de 70-80 ani își reduce valorile moderate de până atunci).

Dacă acești indivizi mor prin accidente vasculare cerebrale, înseamnă că SP ar putea fi incriminat în etiopatogenie, dar efectul său nociv tardiv, la vârste înaintate, diminuează gradul „responsabilității” sale.

Aceste constatări – justificând **rezistența aparatului cardiovascular la unii indivizi care au adoptat și alți factori de risc** – pot avea ca explicație *factorul genetic*, în primul rând, „stofa bună” a aparatului cardiovascular (caz în care modificările patologice, inerente vârstei, sunt reduse și se exprimă clinic târziu) iar, în al doilea rând – „*gena longevității*” care codifică buna funcționare a celorlalte organe, inclusiv a sistemului nervos. În al treilea rând, ca factori psihosociali, acționează o serie de *interacțiuni sociale pozitive* (chiar în condiții adverse de viață).

2. Studiul Alameda County (tratare sumară)

Pornind de la observațiile clinice curente care „au relevat o relație empirică între unele evenimente din cursul vieții și consecințele lor asupra sănătății fizice și mentale” (6), au fost inițiate o serie de cercetări epidemiologice uzând de anchete și chestionare referitoare la situațiile existențiale stresante sau analizând o serie de parametri fiziologici (mai ales hormonii de stres) la subiecții având *profesii cu înalte responsabilități*, în contextul unor sarcini care reclamă vigilență, neprevăzut și luare de decizii „în criză de timp”.

Scala elaborată de Holmes și Rahe ierarhizează așa-numitele „life changes” (cantitatea de schimbări necesare individului pentru a face față diferitelor evenimente din cursul vieții), permite elaborarea unui prognostic privind riscul de

îmbolnăvire de o boală somatică (infarct miocardic, de exemplu, la un individ, în funcție de „acumularea trimestrială a stresurilor“).

Studiul Alameda County a evidențiat mai mulți factori de risc pentru îmbolnăviri cu implicații în apariția și agravarea principalelor boli contemporane, valabili în special pentru BCV. Acești factori și efectele lor negative asupra sănătății vor fi tratați într-un paragraf separat în cadrul capitolului consacrat stresului psihic. Ne limităm în acest paragraf să-i enumerăm: fumatul, alimentația nesănătoasă, consumul excesiv de alcool, lipsa de somn, sedentarismul și absența micului dejun (6).

3. Comportamente de risc pentru sănătate

Lavinia Hoge

Prima abordare modernă a problemelor psihologice în ceea ce privește bolile cardiovasculare a fost făcută de Thomas Lewis care identifică fenomenul „inimii de soldat“. Acest fenomen se referă la faptul că un număr mare de soldați de pe front s-au îmbolnăvit de inimă, îmbolnăvire ce reprezintă expresia reacției organismului la realitatea crudă a războiului.

Încă din vechime, inima a fost considerată sediul emoției și al pasiunii. Persoanele predispuse la maladii cardiace au tendința de a se dăruia, de a acționa cu generozitate, dar dintr-o perspectivă solară, dominatoare: îndrumă, sfătuiesc, dirijează, cu intenția de a face bine celorlalți. Aceasta atitudine poate aluneca însă ușor către impunere în forță sau chiar constrângere, acești oameni considerând că ei știu mai bine ce este de făcut și, drept urmare, sunt îndreptățiți să-i conducă și pe ceilalți. Simptomele cardiace sunt deci legate de tendința omului de a construi ceva în afară, de a-și influența semenii, de a modifica mediul.

Vulnerabilitatea inimii este exprimată prin afirmația că inima poate fi „zdrobită“, idee care dezvăluie capacitatea noastră intuitivă de a aprecia cât de mult influențează stările noastre emoționale acest centru energetic.

Factorii de risc cardiovascular permit **stabilirea riscului cardiovascular total** ca fiind riscul de evenimente cardiovasculare fatale într-o perioadă predefinită de timp. Numărul și magnitudinea fiecărui factor de risc sunt importante, ambele sunt proporționale cu riscul cardiovascular.

Studiile clinice au identificat mai mulți factori care cresc riscul de boala aterosclerotică, clasificați astfel: **factori de risc majori și contribuitori**. Aceștia au prevalență înaltă în rândul populației, au un impact semnificativ independent asupra riscului de boală, iar tratamentul sau controlul lor conduce la scăderea riscului. **Factorii de risc cardiovascular pot fi modificabili**, putând fi controlați prin dietă sau tratament (obezitate, fumat, alcool, sedentarism, dislipidemie, diabet zaharat, hipertensiune arterială) sau **nemodificabili (vârstă, sex, ereditate, statură)**.

În prezent, se consideră ca factori de risc major responsabili de apariția unui infarct miocardic: dislipidemia, fumatul, diabetul zaharat, alcoolul, hipertensiunea arterială, obezitatea, dieta, activitatea fizică (scăzută sau excesivă), factorii psihosociali (24).

3.1. Consumul de alcool

Din timpuri străvechi, oamenii și-au dat seama că alcoolul reprezintă un mare pericol pentru sănătatea lor.

Legătura consumului de alcool cu riscul cardiovascular este una complexă. Consumul excesiv de alcool crește riscul hipertensiv și riscul de apariție a accidentelor vasculare cerebrale hemoragice sau de hemoragie subrahnoidiană. De asemenea, consumul excesiv de alcool (> 90 g/zi timp de 5 ani) reprezintă un factor de risc în apariția cardiomiopatiei dilatative.

Consumul excesiv de alcool poate conduce la apariția de aritmii supraventriculare (fibrilația atrială în cadrul sindromului „holiday-heart”).

În studiile epidemiologice s-a arătat că un consum moderat de alcool, în special vinul roșu, cu un consum zilnic de până la 150-300 ml/zi, are un efect protector cardiovascular. Totuși, nu se poate recomanda pacienților un consum moderat de alcool în scopul reducerii riscului cardiovascular, din cauza lipsei unor studii randomizate (26).

3.2. Consumul de tutun

Fumatul reprezintă un viciu foarte răspândit. Experimentele făcute pentru a stabili influența exercitată de fumul de tutun asupra organismului uman arată că treptat apare slabirea capacității de muncă intelectuală, oboseală fizică, greață, amețeli, dureri de cap. **Nicotina**, cea mai puternică substanță inhalată cu fumul de tutun, exercită o influență dăunătoare asupra vaselor sangvine, a inimii și a sistemului nervos, precum și diminuarea activității glandelor sexuale.

Atât fumatul activ cât și cel pasiv reprezintă un risc major pentru boala aterosclerotică. Riscul de boală este corelat cu consumul total de țigări (**număr de pachete fumate pe zi sau în corelație cu numărul anilor**). Cu cât debutul fumatului se produce mai repede de 15 ani cu atât riscul cardiovascular crește.

Mecanismele prin care fumatul crește riscul de boală sunt: *activarea plachetară și leucocitară, creșterea colesterolului total și scăderea HDL-colesterolului, creșterea fibrinogenului circulant, vasoconstricție arterială, efecte de agravare a ischemiei miocardice din cauza monoxidului de carbon, creșterea frecvenței cardiace și a tensiunii arteriale, disfuncție endotelială cu promovarea fisurii plăcilor vulnerabile* (38).

Oprirea fumatului reprezintă o metodă eficientă de reducere a riscului infarctului miocardic, a atacului vascular cerebral, precum și o reducere a mortalității la pacienții cu boală coronariană ischemică. Substituția nicotinică ajută la procesul de sevraj, iar riscul cardiovascular la foștii fumători scade, ajungând la 3 ani după oprirea fumatului, similar cu cel al nefumătorilor.

3.3. Comportamentul alimentar

Comportamentul alimentar rațional presupune prevenirea îmbolnăvirilor și promovarea sănătății cu ajutorul unei alimentații optime.

Obezitatea este un factor de risc major cu prevalență în creștere în țările dezvoltate, din cauza factorilor de mediu și sociali, a particularităților de dietă și a

3.1. Consumul de alcool

Din timpuri străvechi, oamenii și-au dat seama că alcoolul reprezintă un mare pericol pentru sănătatea lor.

Legătura consumului de alcool cu riscul cardiovascular este una complexă. Consumul excesiv de alcool crește riscul hipertensiv și riscul de apariție a accidentelor vasculare cerebrale hemoragice sau de hemoragie subarahnoidiană. De asemenea, consumul excesiv de alcool (> 90 g/zi timp de 5 ani) reprezintă un factor de risc în apariția cardiomiopatiei dilatative.

Consumul excesiv de alcool poate conduce la apariția de aritmii supraventriculare (fibrilația atrială în cadrul sindromului „holiday-heart”).

În studiile epidemiologice s-a arătat că un consum moderat de alcool, în special vinul roșu, cu un consum zilnic de până la 150-300 ml/zi, are un efect protector cardiovascular. Totuși, nu se poate recomanda pacienților un consum moderat de alcool în scopul reducerii riscului cardiovascular, din cauza lipsei unor studii randomizate (26).

3.2. Consumul de tutun

Fumatul reprezintă un viciu foarte răspândit. Experimentele făcute pentru a stabili influența exercitată de fumul de tutun asupra organismului uman arată că treptat apare slăbirea capacității de muncă intelectuală, oboseală fizică, greață, amețeli, dureri de cap. **Nicotina**, cea mai puternică substanță inhalată cu fumul de tutun, exercită o influență dăunătoare asupra vaselor sangvine, a inimii și a sistemului nervos, precum și diminuarea activității glandelor sexuale.

Atât fumatul activ cât și cel pasiv reprezintă un risc major pentru boala aterosclerotică. Riscul de boală este corelat cu consumul total de țigări (număr de **pachete fumate pe zi sau în corelație cu numărul anilor**). Cu cât debutul fumatului se produce mai repede de 15 ani cu atât riscul cardiovascular crește.

Mecanismele prin care fumatul crește riscul de boală sunt: *activarea plachetară și leucocitară, creșterea colesterolului total și scăderea HDL-colesterolului, creșterea fibrinogenului circulant, vasoconstricție arterială, efecte de agravare a ischemiei miocardice din cauza monoxidului de carbon, creșterea frecvenței cardiace și a tensiunii arteriale, disfuncție endotelială* cu promovarea fisurii plăcilor vulnerabile (38).

Oprirea fumatului reprezintă o metodă eficientă de reducere a riscului infarctului miocardic, a atacului vascular cerebral, precum și o reducere a mortalității la pacienții cu boală coronariană ischemică. Substituția nicotinică ajută la procesul de sevraj, iar riscul cardiovascular la foștii fumători scade, ajungând la 3 ani după oprirea fumatului, similar cu cel al nefumătorilor.

3.3. Comportamentul alimentar

Comportamentul alimentar rațional presupune prevenirea îmbolnăvirilor și promovarea sănătății cu ajutorul unei alimentații optime.

Obezitatea este un factor de risc major cu prevalență în creștere în țările dezvoltate, din cauza factorilor de mediu și sociali, a particularităților de dietă și a

sedentarismului. Obezitatea este asociată și cu factorii de risc psihosociali, ea fiind mai frecventă în rândul populațiilor cu un *statut socio-economic scăzut*.

Statusul supraponderal și obezitatea sunt corelate și cu alți factori de risc, cum sunt: *dislipidemia, diabetul, hipertensiunea*. Efectul este parțial mediat de asocierea cu ceilalți factori de risc, dar este semnificativ și ca factor independent.

Studiile epidemiologice au arătat că **obezitatea este factor de risc cardiovascular** important nu numai pentru *boala coronariană*, ci și pentru *insuficiența cardiacă, fibrilația atrială, aritmiile ventriculare și moartea subită* (26).

Parametrul Indice de Masă Corporală (IMC) nu reflectă distribuția țesutului adipos și nici nu diferențiază între masa musculară și cea adiposă. Astfel că au fost propuși alți parametri cum sunt *circumferința abdominală și raportul circumferința taliei / circumferința șoldului*. Circumferința abdominală este corelată cu cantitatea de grăsime intraabdominală sau viscerală, caracterizată prin activitate lipolitică înaltă cu expunere crescută a ficatului – prin circulația portă – la *nivel crescut de acizi grași*, precum și prin secreție de *substanțe cu efecte vasculare directe*.

Asocierea dintre obezitate și diferitele forme de boli cardiovasculare este complexă, probabil ca urmare a variatelor mecanisme fiziopatologice implicate. Obezitatea poate determina ateroscleroză coronariană prin intermediul dislipidemiei, al hipertensiunii arteriale și al *diabetului zaharat* tip 2. Totuși, datele recente au arătat că asocierea dintre obezitate și bolile cardiovasculare implică și alți factori, ca inflamația subclinică și *activarea neurohormonală cu creșterea tonusului simpatic*, creșterea nivelului de *leptină și insulină*, *apneea de somn*, creșterea turnover-ului acizilor grași liberi, *grăsimea subepicardică*.

O situație specială este „**paradoxul obezității**“, întâlnit la pacienții cu insuficiență cardiacă, cu hipertensiune arterială sau boală aterosclerotică. Este definit ca un prognostic mai bun pe termen scurt sau lung la pacienții supraponderali sau obezi.

Un alt factor de risc cardiovascular este **obezitatea cu greutate normală**. Este definită prin IMC normal și țesut adipos în exces. Obezitatea cu greutate normală este asociată cu anomalii cardiometabolice precum **sindromul metabolic** și componentele sale, stres oxidativ crescut, mortalitate cardiovasculară crescută la femei.

Nu în ultimul rând, trebuie menționat rolul major jucat în aterogeneză de grăsimile saturate, fapt bine cunoscut în rândul populației și reflectat în modificările dislipidemice prezente la bolnavii cu CHD.

3.4. Activitatea fizică scăzută

Viața omului modern se caracterizează prin rolul efortului fizic din ce în ce mai mic. Plimbările pe jos aproape că au disparut, fiind înlocuite de sedentarism: privitul la televizor, munca pe calculator. Organismul uman este astfel alcătuit încât *mușchii au de îndeplinit un rol fiziologic important*. Mișcările influențează respirația, dar și activitatea nervoasă, *producerea hormonilor, metabolismul*. Unui organism obligat să stea imobilizat mult timp îi scade gradul de coordonare a activității. Mișcarea fizică este foarte importantă și pentru *starea de spirit* a omului, pe lângă starea fizică.

Sedentarismul reprezintă o adevărată problemă pentru lumea dezvoltată, el fiind asociat cu o creștere a riscului cardiovascular de 1,5-2 ori față de persoanele active. Studiul INTERHEART a arătat că exercițiul fizic reprezintă un factor protector față de apariția infarctului miocardic. Mecanismele prin care activitatea fizică joacă un rol de protecție cardiovasculară sunt: menținerea unei greutate corporale adecvate, scăderea trigliceridelor, creșterea insulino-sensibilității, creșterea nivelului HDL-colesterolului, creșterea diametrului arterelor coronare, reducerea tensiunii arteriale (24).

3.5. Activitatea fizică excesivă

În plan psihologic activitatea fizică reduce distress-ul, anxietatea și depresia (26) și, de asemenea, ea este implicată în longevitate (ibidem).

Există și riscuri, atunci când activitatea fizică este excesivă, cum este cazul în care ea devine un **comportament compulsiv**, când individul se simte împins spre practicarea ei fără limite, în ciuda obligațiilor de altă natură sau a tentative-lor de a o reduce; este o adevărată **dependență, similară cu cea din tulburările de nutriție** (39).

De asemenea, atunci când **cantitatea de efort depășește limitele de toleranță** ale unui cardiac există pericolul agravării bolii sau chiar de moarte subită. Este necesară o colaborare a cardiologului cu fiziokinetoterapeutul în „dozarea” efortului fizic pentru o mai bună evoluție a bolii.

3.6. Somnul redus

Într-un studiu recent, riscul de infarct miocardic în rândul indivizilor care suferă de insomnie a fost cu 27-45% mai mare decât în cazul celor care nu prezintă tulburări de somn.

Se pare că dificultățile de somn cresc și riscul de accident vascular cerebral și hipertensiune arterială, prin **stimularea producerii unui nivel ridicat al hormonilor de stres**. Se estimează că aproximativ 10% din populație suferă de o boală numită apnee de somn, care rămâne nediagnosticată și poate fi cauza unor boli cardiovasculare.

Apneea în somn se manifestă în special prin pauze respiratorii repetate, frecvente în timpul somnului. Apneea poate duce la boli cardiovasculare prin efectul său asupra tensiunii arteriale. Pacienții cu apnee și tensiune arterială normală prezintă risc crescut de hipertensiune în decurs de 4 ani.

Hipertensiunea este un factor de risc important în apariția bolilor cardiovasculare și a accidentelor vasculare cerebrale. Pacienții cu apnee au o activitate mai intensă a sistemului nervos simpatic decât cei fără, atât în timpul somnului, cât și în perioada de trezire. Frecvența contracțiilor cardiace și constricția vaselor sangvine sunt controlate de sistemul nervos simpatic (40).

La persoanele fără apnee există de obicei o scădere a activității sistemului nervos simpatic și a tensiunii arteriale în timpul somnului.

În **perioadele de apnee, activitatea crescută a sistemului nervos simpatic** duce la constricția vaselor de sânge și la creșterea frecvenței bătăilor inimii, ceea ce are ca rezultat **mărirea tensiunii arteriale**, atingând și

250/150 mmHg. Pacienții cu apnee în somn au, de asemenea, o frecvență cardiacă mai mare, chiar și când nu dorm. Această frecvență cardiacă și variabilitatea tensiunii arteriale sunt indicatori ai unor eventuale probleme cardiovasculare (41).

Un alt efect bine cunoscut al tulburărilor de somn este **creșterea în greutate**, ea însăși un important factor de risc pentru bolile cardiovasculare. Lipsa somnului activează o zonă a hipotalamusului care reglează apetitul, printr-un hormon numit leptină. În perioadele de insomnie, **nivelul leptinei din sânge scade**, ceea ce stimulează pofta de mâncare, în special de alimente bogate în carbohidrați (dulciuri, pâine etc.), cu creșterea în timp a greutății corporale.

Bibliografie

1. Iamandescu, I.B., (2008) – *Psihologie medicală*, Partea I – Psihosomatică generală, Ed. Infomedica, București.
2. Iamandescu I. B., (1993) – *Stresul psihic și bolile interne*, vol. I, ed. All.
3. Karasu T. B., Steinmuller R. I., (1978) – *Psychoterapeutics in medicine* – Grune and Stratton, New York – San Francisco – Londob.
4. Malchair A., (1988) – *Environment social et disorders psychosomatique* (UCB) 27, 2, 1-10.
5. Iamandescu I.B. (sub red.) (1999) – *Elemente de psihosomatică generală și aplicată*, Editura Infomedica, București.
6. Belloc N., Breslow L. (1972) – Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1: 409-421.
7. Malliani (1982) – pp 38-52, în Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., (1982) – *Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter*, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne.
8. Taylor A., (1982) – Stress, hypertension et cardiopathie ischemique, pp. 133 – 152, în Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., *Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter*, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne.
9. Iamandescu, I.B., Frunză, A. (2009) – Elemente de psihosomatică cardiovasculară, În I.B. Iamandescu (sub red.). *Psihologie Medicală. Psihosomatică generală și aplicată*, Editura Infomedica, București.
10. Mc Ewan B. (2007) – Physiology and neurobiology of stress and adaptation. *Physiol. Rev.*, 87, 873-904.
11. Braunwald E. (1987) – Approach to the patient with heart disease, In E. Braunwald, K.J. Isselbacher, R.G. Petersdorf, J.D. Wilson, J.B. Martin & A.S. Fauci, *Harrison's Principles of Internal Medicine*, Eleventh Edition, McGraw-Hill, New York.
12. Steptoe A., Kivimaki M. (2013) – Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Ann. Publ. Health*, 34, 337-354.
13. Von Eiff A., (1984) – Zur Psychologie und Klinik des stres – Therapiewoche, 34, 52, 7192 – 7194.
14. Gilbert-Ouimet M. et al. (2012) – Repetead exposure to effort – reward imbalance, increased blood pressure, and hypertension incidence among white-collar workers: Effort – reward imbalance and blood pressure. *J Psychosom. Res.* 72, 1, 26-32.

15. John A. Kastor (2005) – You and Your Arrhythmia: A Guide to Heart Rhythm Problems for Patients & Their Families.
16. Lang R., (1989) – Funktionelle Kreislaufregulationsstörungen – Therapienwoche 39, 33 – 45. *Therapienwoche* 1990, 40, 440 – 445.
17. Abe and Sherryl (1979) – *Ein neuer Weg zur Eindämmung des Herztodes*. Huber, Bern-Stuttgart-Wien.
18. Kulawik H. (1984) – *Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen und Funktionsstörungen*. G. Fischer, Jena.
19. Sheps D.S., Sheffield D. (2001) – Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective. *J Clin Psychiatry* 62:12-16.
20. Frasure-Smith N., Lespérance F., Talajic M. – Depression following myocardial infarction: Impact on 6 month survival – *JAMA* 270:1819-1825, 1993.
21. Kawachi I., Sparrow D., Vokonas P.S., Weiss S.T. (1994) – Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: The normative Aging Study – *Circulation* 90:2225-2229.
22. Rafanelli C., Roncuzzi R., Milaneschi Y., Tomba E., Colistro M.C., Pancaldi L.G., Di Pasquale G.: Stressful life events, depression and demoralization as risk factors for acute coronary heart disease. *Psihoter Psychosom* 2005; 74:179-184.
23. Hellhammer D., Hellhammer J. *Neuropattern – un nou procedeu pentru diagnosticul stresului*. Infomedica, 2004; 10 (128):38-40.
24. Rosengren A., Orth-Gomer K., Wedel H., Wilhemsen L.: Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. *BMJ* 1993; 307:1102-1105.
25. Moser D.K., Drakup K. (2004) – Role of spousal anxiety and depression in patients psychosocial recovery after a cardiac event. *Psychosomatic Medicine*, 66, 527-532.
26. Iamandescu I.B. (2007) – *Comportament și sănătate*, Ed. Amaltea, București.
27. Buchholz S., Rudan G. (2007) – Tako-Tsubo syndrome on the rise: A review of the current literature. *Postgraduate Medical Journal*, 83, 261-264.
28. Witte D.R. et al. (2004) – A meta-analysis of excess cardiac mortality on Monday. *European Journal of Epidemiology*, 20, 401-406.
29. Raab W., Chaplin J., Bayns E.P. (1964) – Myocardial necrosis produced in rats by sensory and emotional stresses. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 116-655.
30. Kleinsorge R. (1979) – Koronarspasmen bei Stresssituationen, *Therapiewochen* 32, 4939-42.
31. Abouzeid M. et al. (2012) – Posttraumatic stress disorders and hypertension in Australian veterans of the 1991 Gulf War. *J. Psihosom Res.* 1, 33-38.
32. Myers A., Dewar H.A. (1975) – Circumstances attending 100 sudden death from coronary artery disease with coronar necropsy. *Brit. Heart. J.* 37, 1133.
33. Lindeberg S. et al. (2013) – Exhaustion predicts CHD independently of anxiety and depression in men but not in women. *J. Psychosom. Res.* 72, 17-21.
34. Carney R.M., Freedland K.F., Veith R.C. (2005) – Depression, the autonomic nervous system and coronary artery disease. *Psychosom Med.* 67:S29-S33.
35. Carney M., Freedland K.E., Miller G.E., Jaffe A.S. (2002) – Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*, 53:897-902.

36. Everson S.A. et al. (1997) – Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis: the Kupio ischemic heart disease risk factor study. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.*, 17, 1490-1495.

37. Rapp M.A. et al. (2010) – Persistent depressive symptoms after acute coronary syndrome are associated with compromised white matter integrity in anterior cingulate: a pilote study. *Psychother. Psychosom* 79, 3, 131-202.

38. FLancaster T., Stead L. (2004) – Physician advice for smoking cessation. *Cochrane database Syst. CD* 00165.

39. Hausenblas H.A., Downs D.S. (2002) – Exercise dependence: a systematic review. *Psihol. Sport, Exercise* 3, 89-123.

40. Shahrar E., Whitney C.W., Redline S., Lee E.T., Newman A.B., Javier Nieto F., O'Connor G.T., BoJand L.L., Schwartz E., Samet J.M. (2001) – Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: crosssectional results of the sleep heart health study. *Am. J. Respir. Crit. Care. Med.* 163(1):19-25.

41. Lavie P., Ben-Yosef R., Rubin A. (1984) – Prevalence of sleep apnea syndrome among patients with essential hypertension. *Am Heart J* 108:373-376.

B. Factori psihocomportamentali de risc specifici pentru BCV

Sunt reprezentați de tipurile psihocomportamentale A și D, depresie, anxietate, ostilitate, agresivitate și interiorizarea lor (*Anger-in*). Acestor factori li se consacra capitle separate.

1. Tipul comportamental A (*Type A Behavior Pattern*)

Ioan-Bradu Iamandescu, Crina Julieta Sinescu, Alexandru Chițu, Lavinia Hoge

1.1. Aprecieri generale

O atenție deosebită se acordă (de către psihologi, în special) studierii unor trăsături de personalitate cu risc crescut de a contracta BCV, mai ales cele psihosomatice dintre care cele mai importante sunt: hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică coronariană, tahicardiile paroxistice și boala Raynaud. Chiar dacă existența unei personalități strict specifice anumitor boli psihosomatice este cvasiunanim contestată – în ultimii ani, s-a schematizat pentru boala coronariană un **veritabil sindrom comportamental compus dintr-o serie de factori psihocomportamentali de risc** pentru această boală. Acest tip, denumit *Type A Behaviour Pattern* (TABP), este prezent la subiecți cu diferite tipuri de personalitate (psihastenic, isteric, paranoid etc.), unificați prin posesiunea unor însușiri comportamentale asemănătoare (față de realizarea unei sarcini, de obicei profesionale) și de raportare la cei din jur (1).

Esența TABP este redată de Friedman și Rosenman (2) astfel: „complex specific emoție-acțiune” în virtutea căruia indivizii purtători ai acestui comportament

sunt înclinați să lupte cu agresivitate pentru cât mai mult și mai mult în cât mai puțin timp.

Inițial, observațiile promotorilor psihosomaticii asupra comportamentului bolnavilor cardiovasculari (hipertensivi și coronarieni) au evidențiat trăsături comportamentale considerate a fi specifice bolnavilor evaluați: interiorizarea furiei [comportament prezent la bolnavii hipertensivi – conform lui Alexander (3)] și profilul de personalitate al coronarianului – întrunind o serie de trăsături psihice bazale, dar și comportamentale – descrisă de Flanders Helen Dunbar (4).

Ar fi, totuși, imposibil să acceptăm o astfel de viziune, ce postulează existența unui tip de personalitate pentru fiecare din bolile psihosomatice majore, deoarece practica clinică medicală a evidențiat numeroase cazuri în care același bolnav poate suferi de mai multe boli asociate, ceea ce ar însemna ca un astfel de bolnav să posede mai multe tipuri de personalitate (de exemplu, obsesiv, isteric, paranoic, hipomaniacal etc.), fapt ce frizează absurdul! (5)

Tipul A este actualmente considerat un factor de risc pentru apariția IM. Cercetările din ultimul deceniu au evidențiat implicarea tipului A și în apariția altor boli psihosomatice cardiovasculare (HTA) sau de altă natură (ulcer gastric și duodenal) (5, 6). Dintre numeroasele caracteristici ale acestui profil („finalizat” la mijlocul secolului trecut) (2) au fost confirmate în deceniile următoare câteva trăsături care constituie în prezent o bază utilă pentru psihodiagnosticul TABP, cum ar fi (7, 8):

- tendința de a ajunge în poziții înalte în profesie și societate pe baza unei autoexigențe crescute spre autodepășire – extinsă și la anturaj – care este rezultatul unor principii rigide (muncă disciplinată, organizată, și respect față de familie și autorități, duritate față de greșelile colaboratorilor);
- reacții neuro-vegetative ample declanșate de stimuli emoționali moderați sau chiar reduși.

Acest tip grupează o serie de factori comportamentali predispozanți la cumulara unor stresuri inevitabile – prin însăși dificultățile întâlnite de posesorii unui astfel de comportament (1). Factorii comportamentali, cuprinși în chestionarul Jenkins, sunt rezumați de Thorp (7) în:

- „**sentimentul competiției**” (abordarea sarcinilor zilnice dirijate spre un scop precis – rod al unor ambiții spre autoafirmare – chiar cu prețul unor situații conflictuale – lupte în care se angajează din cauza unei ostilități cognitive și comportamentale crescute);
- „**sentimentul urgenței**” (agendă zilnică încărcată, frecventă criză de timp și nerăbdare mergând până la grăbirea interlocutorului să-și comunice mesajul).

Aceste trăsături comportamentale au drept corespondent în plan biologic o hiperreactivitate simpatoadrenaliană și o receptivitate crescută (vasoconstricție, creșteri tensionale și ale frecvenței ventriculare) la nivel vascular, dar și o creștere a consumului de oxigen miocardic în teritorii devenite ischemice prin ateromatoză ca în cardiopatia ischemică coronariană (CIC sau CHD = Coronary Heart Disease).

În ultimii ani s-a încercat clivarea tipului A în câțiva factori componenți de bază (A, S, H și J) cunoscându-se corelația fiecăruia dintre ei cu diverse circumstanțe psihosociale, dar și cu alți factori de risc pentru IM: **biologici** (în special profilul

lipidic) și **comportamentali** (de exemplu, fumatul). Redăm mai jos rezultatele obținute și corelarea lor cu factorii componenți ai TAPB.

1.2. Cele 4 dimensiuni ale tipului comportamental A

Rezumând datele din literatură, acest tip psihocomportamental este sistematizat sub forma a patru dimensiuni notate astfel:

A – ambiție maximă, nevoie acută de timp („sentimentul urgenței”).

S – neliniște, nerăbdare (obiceiul de a întrerupe interlocutorul eventual completându-i cuvintele pentru a scurta discuția).

H* – competitivitate, ostilitate; aceasta din urmă se manifestă:

- în plan **cognitiv** (gânduri dușmănoase, dispreț, supărare).
- în plan **comportamental** (agresivitate verbală sau fizică).

J – implicare profesională majoră (*workaholic*).

Modul de îndeplinire a sarcinilor profesionale poate fi:

- cu dificultate – risc crescut;
- cu ușurință – risc minim (vezi clasificarea stresului profesional pe două axe (intensitatea solicitării și libertatea decizională a îndeplinii sarcinile) după Siegrist (10) și Theorell (11)).

1.3. Caracteristici comportamentale

1. Competitivitate și străduința de a realiza cât mai multe

Individul are o nevoie puternică să câștige din ce în ce mai mult în orice situație. Este motivat să câștige din ce în ce mai mult în muncă și are nevoie să fie satisfăcut cu poziția și câștigurile sale.

2. Urgența timpului și nerăbdarea

Tipul A simte că nu are suficient timp să facă tot ceea ce are nevoie să facă.

El este într-o continuă grabă astfel încât va petrece prea puțin timp cu familia.

Vorbește repede, conduce repede și îi întrerupe frecvent pe alții în conversație.

3. Ostilitate și agresivitate, nevoia de control

Tipul A își poate pierde controlul în multe situații astfel că ar trebui să învețe cum să-și mențină controlul. Nevoia de control conduce cu ușurință la experiențe de neajutorare, frustrare și depresie.

1.4. Tipul A poate fi identificat la mai multe niveluri:

1. **comportamental** (cât de repede mănâncă, vorbește, merge);

2. **atitudinal cognitiv** (prezența cuvântului „trebuie”: trebuie să muncesc mai mult, trebuie să fiu cel mai bun);

3. **emoțional** (anxietate, neuroticism, iritabilitate, insecuritate);

4. **fiziologic** (hiperreactivitate fiziologică, tendința de a reacționa pe linie simpatică);

5. **sfera interpersonală**: ostilitate, criticism, mai puțină empatie și toleranță (căsătoria este uneori deficitară, teama de intimitate explică dependența de muncă); tind să-și ascundă conflictele;

6. **sfera intrapersonală**: veșnic nemulțumiți de sine (pot să fac mai mult, trebuie!);

7. **sfera profesională**: implicare totală;

8. componenta culturală: uneori societatea solicită acest tip de comportament (SUA, Japonia).

9. persoana identificată ca având tipul A de personalitate dă dovadă în mare măsură de ceea ce Freud a numit *principiul realității: capacitatea de amânare și subordonare a acțiunilor la scopuri pe termen lung*.

10. relația comportament de tip A-boli cardiovasculare:

- hiperreactivitate la stres;
- stil de viață – persoanele de tip A tind să fie sedentare, să nu apeleze la suportul social, să nu aibă hobby-uri, să fumeze etc.;
- ignoranța simptomelor.

1.5. Trăsături esențiale conform criteriilor DCPR (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research)

În ultimii ani, odată cu elaborarea criteriilor diagnostice pentru utilizarea în cercetarea psihosomatică (DPCR) (12), „portretul” unui individ cu tipul A este circumscris de următoarele criterii (*Tabelul 1*):

Tabelul 1. Criteriile DCPR pentru Tipul Comportamental A

A1:	angajarea puternică, intensă în muncă datorită unei excesive responsabilități.
A2:	nevoia acută de timp, sentimentul urgenței în legătură cu munca sau o sarcină care trebuie îndeplinită cât mai repede posibil.
A3:	vorbire rapidă și mișcări rapide, bruște (mimică, mâini, brațe etc.), vizibile la un interviu (A3).
A4:	ostilitate și cinism ce pot deveni agresivitate când ceilalți interferează cu scopul sau, mai ales, când este sub presiunea timpului (conducere agresivă a automobilului, nerăbdare la stop);
A5:	iritabilitate, nervozitate în viața zilnică;
	sau (A6), observate chiar de subiect.
A7:	mintea preocupată de o mulțime de gânduri și idei, la fel de importante și apărute în același timp.
A8:	ambție puternică și nevoia de realizare/împlinire și de aprobare.
A9:	ostilitatea se manifestă și în cazurile de concurență (de exemplu, personajul J.R. Ewing), „sentimentul competiției”.

N.B. – Frecvente simptome somatice de activare neuro-vegetativă (a sistemului autonom), de la palpitații, transpirații, mialgii, până gastralgii, tulburări intestinale, hiperventilație (în caz de „tensiune nervoasă”).

1.6. Existența subiecților cu tipul A în alte boli: boli dermatologice, cancer, boli de nutriție, chiar în populația sănătoasă (13)

Subiecții cu tip comportamental A prezintă de două ori mai frecvent cardiopatie coronariană decât cei cu tip comportamental B (14).

Tipul A, în raport cu tipul B, pare să fie corelat și cu o tendință de creștere mai rapidă și mai marcată a secreției de catecolamine sau a nivelului seric al acizilor grași și colesterolului la apariția unui SP profesional (15, 16).

1.7. Controverse referitoare la tipul A

Contestarea de către mulți autori a rolului negativ jucat de TABP în boala coronariană a impulsionat efectuarea de studii care au analizat diversele componente (factorii A, S, H și J) ale acestui comportament.

O serie de date sugerează că subiecții cu tipul comportamental A – care îi propulsează spre sferele superioare ale ierarhiei profesionale – plătesc un tribut mai mare stresului profesional decât subalternii lor (1), justificând apariția în literatura medicală, a noțiunii de „Manager's Diseases”, în care cardiopatia coronariană și HTA ocupă un loc de frunte. Autorii evidențiază factorul „presiunea sarcinii și a timpului” ca factori de risc pentru apariția stresului psihic (și, implicit, pentru boala coronariană la personalul de conducere, „formen” din industrie). Ei consideră că acești șefi reușesc să se adapteze („desensitization”) la stresul profesional prin mecanisme de *coping* adecvate (17).

Cercetări ulterioare relevă și impactul coronarian negativ al suprasolicitării profesionale, în criză de timp (lucrul la bandă rulantă) în condițiile unui control decizional redus la muncitorii cu o calificare joasă (*blue collars*) (18, 19).

Într-o evaluare mai recentă, Dornelas (20) citează date din literatură care stabilesc **rolul exclusiv al componentei H (ostilitate)** ca factor predictiv pentru debutul infarctului miocardic și/sau deces la indivizii sănătoși și de risc pentru reinfarct la bolnavii cu antecedentele acestei boli.

Adăugăm – pe baza unui studiu recent (21), rolul major al interiorizării supărării (*Anger-in*) pentru apariția infarctului miocardic la purtătorii hipertensivi ai tipului A.

În cadrul intervenției psihoterapeutice **tentativele modificării tipului A spre tipul B** (care ia mult mai puțin în serios obligațiile autoimpuse, lăsând uneori lucrurile „să meargă de la sine”) au condus la rezultate favorabile referitor la scăderea recăderilor IM pe termen lung (22, 23)

2. Tipul comportamental D (Type D Personality)

Ioan-Bradul Iamandescu, Anca Frunză

Recent a fost propus un nou tip psihocomportamental, tipul psihocomportamental D (TDBP), *distressed personality*, caracterizat prin asocierea dintre tendința de a experimenta emoții negative, așa-numita **afectivitate negativă (NA)**, și tendința de a ascunde aceste emoții negative în context social, **inhibiția socială (SI)**. Cu alte cuvinte, posesorul unui astfel de tip psihocomportamental este ur-suz, anxios și permanent îngrijorat.

Stabilirea apartenenței la tipul D se face cu ajutorul chestionarului DS14 (Denollet, 2000) care conține câte 7 itemi pentru fiecare dintre componentele tipologiei D: afectivitatea negativă și inhibiția socială.

În general, acești indivizi păstrează **relații sociale limitate** și se simt inconfortabil în prezența unor persoane nefamiliare (25).

Indivizii cu afectivitate negativă accentuată nu numai că sunt **disforici**, dar au și o **image negativă despre sine**, relatează mai frecvent simptome de ordin somatic și prezintă o **atenție specială pentru stimuli „nocivi”**. Denollet

(2002) observă la indivizii cu un astfel de tip psihocomportamental o tendință accentuată de a „scana lumea și evenimentele pentru iminența pericolului” (24).

Inhibiția socială este descrisă ca fiind tendința de a evita **posibilele obstacole implicate în interacțiunea socială**, precum dezaprobarea sau lipsa de apreciere din partea celorlalți.

Indivizii cu scoruri înalte ale inhibiției sociale se simt adesea inhibați, tensionați, **inconfortabil sau în nesiguranță când se află în interacțiune cu alte persoane**. Atât așa-numita afectivitate negativă, cât și inhibiția socială sunt resimțite sub forma unui mediu social ostil și nesuportiv (25).

Tipul D are valoare predictivă pentru evoluția nefavorabilă (inclusiv mortalitatea) în BCV și răspunsul neadecvat la tratamentul acestora (13). De asemenea, predispune la apariția precoce a CHD la bărbați (25), având un prognostic nefavorabil la tinerii cu această boală (24).

3. Ostilitate, agresivitate și interiorizarea furiei. Izolarea socială

Alexandru Chițu, Lavinia Hoge

3.1. Ostilitatea

Ostilitatea – această atitudine dușmănoasă, plină de ură, dușmănie, vrăjmășie, a fost descrisă ca o componentă cu un risc major pentru apariția și agravarea cardiopatiei ischemice coronariene cu ocazia descrierii tipului A.

Barefoot (26) consideră ca ea apare ca un pattern comportamental ce încorporează cogniții și emoții față de cei din jur și caracterizat prin neîncredere, pesimism dispreț și înclinația de a reacționa la anumite situații prin antipatie și tristețe.

Revenim cu câteva precizări și evidențieri asupra modului în care ostilitatea – „prelungită” în formarea altor „trăsături înrudite” – acționează la bolnavii cardiovasculari, ea stând la baza agresivității mai ales când devine hipertrofiată și manifestă sub forma mâniei/furiei.

Există o serie de corelații și înlănțuiri în desfășurarea agresivității și a furiei, două comportamente dușmănoase ale unui individ față de un altul sau mai mulți indivizi pe care Dornelas (20) le evidențiază și diferențiază, apelând la definițiile date de alți autori care au studiat aceste trăsături ce predispun individul la relații sociale conflictuale.

3.2. Agresivitatea

Agresivitatea se referă la comportamentele verbale, dar și fizice, cu intenția de a răni o altă persoană. Este definită ca un comportament punitiv sau distructiv îndreptat spre obiecte sau persoane.

Este binecunoscut faptul că atunci când te înfurii cresc atât ritmul inimii, cât și tensiunea arterială, arterele se contractă și crește agregabilitatea plachetară. Nu este deci de mirare că printre cauzele infarctului miocardic sunt citate și crizele de furie.

Hipocrate a descris pentru prima dată cele patru umori, pornind de la observația că există o legătură între furie și răspunsul somatic. Potrivit lui Hipocrate,

persoana de tip coleric avea un exces de bilă galbenă, fapt care a fost corelat cu tendința acesteia spre agresivitate.

3.3. Mânia/furia (Anger)

Una dintre emoțiile fundamentale ale omului este **mânia**. Ea fost descrisă ca un sentiment negativ, care generează un nivel ridicat de excitare la nivel simpatic, ce apare relativ frecvent, durează mai mult decât alte stări afective, și care reprezintă un factor probabil în declanșarea unor exprimări agresive verbale și motorii – cu amplificarea tonului și a volumului – mai mult decât în cazul altor emoții care pot afecta negativ relațiile interpersonale (20).

Furia poate servi ca un răspuns adaptativ la nevoile individului sau pentru a opri o acțiune nedorită, dar poate avea, de asemenea, consecințe asupra sănătății.

3.4. Furia interiorizată (Anger-in)

Cercetătorii care au studiat reacțiile la stres au descoperit că furia reprimată este sentimentul cu **efectul cel mai distructiv asupra homeostaziei**. De asemenea, furia a se pare că este acea emoție care dăunează cel mai mult inimii. Într-un experiment realizat în momentul în care pacienții povesteau incidente care i-au înfuriat, pomparea sângelui în inimă scădea cam cu cinci procente.

Unii dintre pacienți au manifestat chiar o scădere cu șapte procente sau mai mult, ceea ce cardiologii consideră că ar fi un semn de ischemie miocardică, o scădere periculoasă a circulației sangvine la nivelul inimii pregătind terenul pentru un infarct miocardic (20).

* * *

Din analiza datelor prezentate în capitolele și paragrafele anterioare rezultă că sentimentele negative frecvente (supărare, mânie, furie, ură) cresc semnificativ riscul bolilor de inimă. Persoanele care experimentează frecvent accese de furie trebuie să acorde atenție deosebită sănătății, întrucât există o legătură strânsă între stres, emoții puternice și afecțiunile cardiovasculare.

Cuvântul cheie în această privință este „exagerarea”. Mânia moderată nu constituie un factor de risc, ba mai mult, exprimarea supărării la un nivel rezonabil poate fi benefică pentru sănătate, reprezentând un mod de eliberare a tensiunii acumulate.

Pe de altă parte, răspunsurile exagerate manifestate în situații de supărare, precum reacțiile explozive, trântirea de obiecte sau țipetele stridente reprezintă manifestări periculoase.

Deși nu dispun de dovezi clare, oamenii de știință presupun că sentimentele negative puternice produc efecte fiziologice directe asupra inimii și arterelor. Emoții precum mânia și ostilitatea activează prompt efectul de „răspuns în fața unui atac”, în cadrul căruia hormonii de stres – incluzând adrenalina și cortizolul – cresc ritmul respirației și al bătăilor inimii și favorizează un impuls de energie; crește, de asemenea, ca urmare a comprimării vaselor de sânge.

Deși răspunsul la stres mobilizează organismul în situații de urgență, repetarea acestor evenimente poate fi dăunătoare: nivelurile ridicate de adrenalină și cortizol reprezintă efectul cardiotoxic al manifestării mâniei; acesta produce deteriorarea inimii și a sistemului cardiovascular. Mânia frecventă poate accelera procesul de ateroscleroză. Inima pompează sângele mai greu, vasele de sânge se comprimă, presiunea arterială se mărește, iar nivelul de glucoză din sânge și nivelul de lipide din vase cresc.

Dar nu doar mânia și supărarea afectează inima; nivelul crescut de anxietate și depresia puternică reprezintă factori de risc importanți în dezvoltarea sau agravarea afecțiunilor cardiovasculare; în general, persoanele care simt frecvent mânie suferă și de alte probleme emoționale.

Furia și ostilitatea sunt asociate semnificativ cu descoperirea unor afecțiuni cardiovasculare la persoane sănătoase sau cu agravarea unor afecțiuni deja diagnosticate. În cazul adulților fără istoric familial de boli cardiovasculare, dar care suferă de furie sau ostilitate frecvent manifestată, riscul de a dezvolta o boală de inimă este mai mare comparativ cu persoanele calme. Totodată, aceste sentimente negative afectează în proporție mai mare inima persoanelor de sex masculin.

Constituind un puternic factor de risc pentru sănătatea inimii este de competența psihologilor să abordeze aceste stări afective negative așa cum pot fi ținute sub control nivelul de colesterol sau tensiunea arterială. Cu toate acestea, nivelul de stres și trăirile negative nu sunt la fel de ușor de măsurat precum nivelul colesterolului, motiv pentru care medicii cardiologi trebuie să acorde importanță stării psihice a pacienților sau schimbărilor vizibile de dispoziție.

* * *

Un raport de cercetare numit Grupul de Studiu de Vest a evidențiat într-un studiu efectuat pe 3 000 de persoane din California, că tipul A de comportament (TABP) a dublat riscul de dezvoltare a bolii coronariene (CHD), chiar și după un control pentru ceilalți factori de risc cardiac, într-un eșantion de oameni sănătoși cu vârsta cuprinsă între 39-59 de ani (20).

Cercetările ulterioare, ajunse în zilele noastre (sec. al XXI-lea) nu au confirmat predictibilitatea exclusivă a tipului A (considerat în totalitatea componentelor sale) pentru apariția bolilor cardiovasculare, dacă nu se asociază cu ceilalți factori de risc biologici și psihosociali.

Aceste rezultate contradictorii au dus la mai multe analize *post-hoc* ale studiilor originale care au măsurat (TABP). Doar **ostilitatea** a fost confirmată ca fiind de predicție a **riscului crescut de deces la subiecții sănătoși și risc crescut de boli cardiace recurente la persoanele cu CHD** (27, 28).

3.5. Ruminația supărării

Ruminațiile supărării reprezintă o trasătură care se referă la tendința de a se concentra pe interpretări negative sau pe aspecte negative ale sinelui. Ele se referă la crearea unei tendințe obsesive despre o situație provocatoare de mânie (29).

Într-un studiu de laborator efectuat de Gerin și colab. (29), la care au participat 60 de bărbați și de femei, cărora li s-a evaluat tendința spre ruminație și li s-a cerut să-și amintească situații de anul trecut, care au fost supărătoare și încă le provoacă supărare atunci când se readuc în plan prezent, s-a constatat o asocia-re cu creșteri ale tensiunii arteriale.

Participanții au fost apoi induși într-o stare de distragere a atenției. Acele persoane care prezentau un grad avansat de tendință spre ruminație și care nu au avut nici o distragere au prezentat cea mai slabă abilitate de recuperare a tensiunii arteriale.

Persoanele care prezintă ca mecanism de *coping* această tendință spre ruminație pot dezvolta un sentiment de frică referitor la posibilitatea ca după un alt șoc emoțional sau episod de iritație, să se declanșeze un alt eveniment cardiovascular. Acest fapt poate crea sechele psihologice, cum ar fi depresia.

3.6. Proiectul de consiliere pentru prevenirea bolii coronariene (RCPP)

A fost inițiat ca un proces de consiliere conceput pentru a modifica tipul A comportamental.

Studiul RCPP a fost finalizat la mijlocul anilor 1980 și a inclus 862 de pacienți postinfarct miocardic (IM) (20). Participanții la studiu au fost predominant de sex masculin (92%). La studiu au participat cardiologi, psihiatri sau psihologi. Participanții din grupul experimental s-au întâlnit săptămânal în primele două luni, de două ori pe săptămână – pentru următoarele două luni – și lunar, pentru restul perioadei de studiu. Proiectul de consiliere pentru Tipul A a fost conceput spre a diminua intensitatea principalelor componente ale tipului A. Astfel, au fost promovate relaxarea pentru a reduce urgența de timp, competitivitatea și ostilitatea pacienților.

TABP a fost evaluat cu ajutorul interviurilor clinice filmate, precum și utilizarea de autoraport, autorating, ratinguri din partea partenerului și din partea unui coleg de muncă.

TABP a fost scăzut semnificativ în grupul participant, iar această schimbare a fost menținută pe durata a 4,5 ani de la participare (20).

Ornish (23) a ales la întâmplare un lot de pacienți a căror boală de inimă se afla într-un stadiu avansat și pe care l-a împărțit în două grupuri: unul dintre grupuri a urmat un tratament bazat pe exercițiu fizic, dietă săracă în grăsimi, yoga și un puternic sprijin social. Grupul de control a urmat un tratament clasic. La sfârșitul studiului s-a putut constata că persoanele din primul grup nu numai că au avut o stare de sănătate mai bună decât grupul de control, dar chiar s-a putut înregistra o regresie a bolii, în timp ce starea celor din grupul de control s-a înrăutățit.

Acest studiu este primul care a demonstrat că evoluția bolilor cardiovasculare poate fi stopată și chiar poate deveni reversibilă prin simpla modificare a stilului de viață. Din păcate, până în anul 2004 nu au mai existat studii clinice la scară largă care să testeze tratamente psihologice împotriva ostilității în ultimele 2 decenii (20).

Totuși Dreher (30) a opinat că un tratament psihoterapeutic eficient pentru un pacient cardiac trebuie să abordeze nu numai reacții psihologice asociate

evenimentului cardiac, dar și stilul de adaptare caracteristic pacientului și originea simptomelor.

Tendința de a medita și de a-și reprima furia după o provocare este un exemplu de un stil caracteristic de adaptare care îndrumă spre nevoia de intervenție psihologică.

Studii prospective publicate între 1996 și 2002 au arătat că trăsături ca furia și ostilitatea pot anticipa un anumit procent de morbiditate cardiacă la persoanele sănătoase inițial. Unul dintre studii, *Atherosclerosis Risk in Communities Study* – cuprinzând mai mult de 13 000 de bărbați și femei, atât din rasa albă cât și din rasa neagră – a constatat că furia a prezis un risc crescut de boală coronariană pe o perioadă de urmărire de 4,5 ani (20).

Cu toate acestea, cel puțin două studii de mare amploare au raportat rezultate nule. Se pare că ostilitatea și furia pot crește riscul de evenimente cardiovasculare la persoanele cu o vulnerabilitate de bază. De exemplu, așa cum s-a arătat în experimentul anterior (30), mânia poate induce ischemie miocardică la persoanele cu CHD.

Deși nu au fost elucidate în totalitate mecanismele fiziopatologice de conectare a furiei și a ostilității la CHD, este clar că organismul uman are tendința de a reacționa puternic la incapacitatea de a-și exprima furia într-un mod sănătos (20).

4. Izolarea socială

Egocentrismul, cinismul și sentimentul de ostilitate, atitudini care ne fac să fim predispuși la boli de inimă, sunt în realitate efectele unei cauze mai profunde: **sentimentul de izolare**. Tot ce dă naștere la sentimentul izolării duce la stres cronic și foarte frecvent la **tulburări fizice, cum ar fi bolile de inimă**. Invers, tot ce contribuie la o adevărată **intimitate și la sentimentul de atașament** are efect curativ în adevăratul sens al cuvântului.

Capacitatea de a trăi intimitatea este considerată ca element cheie al sănătății emoționale. Aici fiind vorba atât despre **intimitatea orizontală**, adică relațiile și legăturile noastre cu alți oameni cât și de **intimitatea verticală**, adică legăturile dintre „eul” nostru și celelalte niveluri mai înalte sau mai profunde ale ființei noastre, pe ultimul palier, cel mai de sus situându-se conexiunea cu divinitatea.

Izolarea care duce la boală poate îmbrăca mai multe forme:

- separarea de **propriile noastre sentimente**, de noi înșine, de eul nostru cel mai profund, de pacea noastră interioară;
- separarea de **alții** (oamenii care trăiesc singuri se îmbolnăvesc mai frecvent de boli cardiace decât aceia care au chiar și numai un animal de companie; calitatea contactului social este mai importantă decât numărul de oameni care fac parte din mediul social);
- separarea de o **forță universală superioară** care să dea sens acestor lucruri.

5. Chestionare pentru determinarea agresivității, a ostilității și a furiei

Acestea sunt ușor de administrat și pot fi utilizate în practica clinică. Deoarece majoritatea au fost validate inițial în studii cu persoane din rasa albă, de sex

masculin, cu statut socio-economic superior, este necesară perfecționarea acestora.

Dornelas (20) consideră că măsurarea ostilității și a furiei au dezavantajul de a fi influențate de dezirabilitatea socială și trebuie să fie interpretate în contextul altor informații relevante obținute în stabilirea clinice (cf. Harris 1997).

Chestionarul pentru agresiune (AQ) a fost dezvoltat de Buss și Perry și este o măsură de autoraport pentru 29 de itemi care cuprind patru domenii: agresiune fizică, agresiune verbală, furie, și ostilitatea. Proprietățile psihometrice ale testului au fost foarte bine etalonate, iar persoanele care au avut un înalt scor la acest test au prezentat și multiple afecțiuni cardiace (28, 31, 32, 33, 34, 35).

Scala Furie-Ruminație este o scală care cuprinde 19 întrebări și care măsoară nivelul tendinței de ruminație și meditație a episoadelor de furie (36). Mecanismul prin care ruminația își exercită efectele asupra inimii este acela de menținere a hipertensiunii și după producerea evenimentului cauzator al furiei (29). Această scală măsoară tendința de a aranja apariția involuntară a episoadelor de furie și este construită pe baza a patru factori: supărările lăsate pe planul secund, gânduri de răzbunare, reamintiri ale reacțiilor de furie din trecut, precum și anumite evenimente neînțelese din trecut.

Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory este un chestionar care cuprinde 57 de întrebări și necesită aproximativ 10 minute pentru a fi completat (37). Întrebările măsoară intensitatea furiei și tendința de a dezvolta stări de furie în funcție de tipul de personalitate. Instrumentul testului este compus din 6 scale care măsoară intensitatea furiei și dispoziția pentru a dezvolta sentimente de furie. De asemenea, scara măsoară (a) *anger expression out* – exprimarea furiei către alte persoane și obiecte, (b) *anger expression in* – a ține în interior sentimentele și gândurile negative, (c) *anger control out* – controlul emoțiilor de furie prin oprirea exprimării furiei și (d) *anger control in* – controlul emoțiilor prin calmare.

Scara de ostilitate Cook-Medley este compusă din 50 de întrebări din *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) și utilizează întrebări de tipul adevărat fals. Există o versiune cu 27 de întrebări (26) care este mult mai aproape de CHD comparând cu versiunea de 50 de întrebări.

Bibliografie

1. Iamandescu I.B. (2005) – *Psihologia sănătății*, Ed. Infomedica, București.
2. Friedman M., Rosenman R.H. (1959) – Association of a specific overt behaviour pattern with increases in blood cholesterol: blood clotting time: incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. *JAMA*; 169:1286-1296.
3. Alexander F.G. (1939) – Emotional factors in essential hypertension. *Psychosom Med* 1:175-179.
4. Dunbar Flanders Helen (1948) – *Synopsis of psychosomatic medicine*. Mosby St. Louis.
5. Iamandescu I.B. (1980) – *Corelații psihosomatice în astmul bronșic*, Teză de Doctorat, IMF București.

6. Rafanelli C. și Ruini C. (2012) – Assessment of Psychological Well-Being in Psychosomatic Medicine, pp. 182-202 în Fava G.A., Solino N., Wise T.N. – *The Psychosomatic Assessment*, Karser, Basel.
7. Thorp B. (1990) – *Seminar anti-stres* (cilcu de 5 conferințe). Material litografiat București.
8. Jenkins C.D., Rosenman R.H. & Zyyanski S.J. (1974) – Prediction of clinical coronary heart disease by a test for coronary prone behavior pattern. *New England Journal of Medicine*, 290, 1271-1275.
9. Iamandescu I.B. (sub red.) (1999) – *Elemente de psihosomatica generală și aplicată*, Editura Infomedica, București.
10. Seigrist J. et al (1980) – *Soziale Belastung und Hertzinfarct*, Enke, Stuttgart.
11. Theorell T. – *Life events and CHD* p. 5-7 în: Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., *Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter*, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne, 1982.
12. Fava G.A., Freyberger H.J., Bech P., Christodoulou G., Sensky T., Theorell T., Wise T.N. (1995) – Diagnostic criteria for use in psychosomatic research, *Psychother Psychosom*, 63:1-8.
13. Cosci F. (2012) – Assessment of personality in Psychosomatic Medicine. Current concepts. pp.133-159 în Fava G.A., Sonino N., Wise T.H. – *The Psychosomatic Assessment*, Karser, Basel.
14. Kammerer W., *Chronische Herzkrankheit* (1985) – Psychologische Risikofaktoren – *Therapiewoche*. 3, 211.14.
15. Elsdon – Dew R.W., Wink C.A., Birdwood G.F. (red.) (1979) – *The cardiovascular, metabolic and psychological interface* – Academic Press, London, Grune and Stratton, New York.
16. Taylor (1982) – pp. 132-152 în Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., *Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter*, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne, 1982.
17. Stockmeyer N., Kuhn T., Muth T. (1989) – Stress at work and CHD of formen industry, *Int. J. Rehab. Res.* 12 (3), 310-312.
18. Collins S.M., Karasek R.A., Costas K. (2005) – Job strain autonomic indices of cardiovascular risk, *Am. J. Int. Med.* 48, 182-193.
19. Siegrist J (2008) – Chronic psychosocial stress at work and risk of depression, *Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.* 258 Suppl. 115-119.
20. Dornelas E.A. (2008) – *Psychotherapy with Cardiac Patients*, ed. Amerian psychological association Washinton, D.C.
21. Sinescu C.J., Iamandescu I.B., Chitu A., Barbu A., Maiorov A. (2012) – *Incidența tipului comportamental A și asocierea lui cu interiorizarea furiei la bolnavii cu infarct miocardic versus bolnavii hipertensivi*, Zilele Medicale Severinene, ed. III-a, 05/07.04.2012.
22. Friedman M. (1971) – Modification of Type A behavior in post-infarction patients, *Amer. Heart J.* 97(5):551-563.
23. Ornish D., Scherwitz L.W., Billings J.H., Gould K.L., Merritt T.A., Sparler S., Armstrong W.T., Ports T.A., Kirkeeide R.L., Hogeboom C., Brand R.J. (1998) – Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA* 1998;280:2001-2007.

24. Denollet J. (2002) – Type D personality and vulnerability to chronic disease, impaired quality of life, and depressive symptoms, *Psychosom. Med.* 64:101.
25. Denollet J., Schiffer A.A., Spek V. (2010) – A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3 (5), 546–557.
26. Barefoot J.C. (1992). – Developments in the measurement of hostility. In: H.S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping and health* (pp. 13-31). Washington, DC: American Psychological Association.
27. Buss A.H., Perry M (1992) – The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
28. Bernstein I.H., Gesn P.R. (1997) – On the dimensionality of the Buss/Perry Aggression Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 563-568.
29. Gerin W., Davidson K.W., Christenfeld N.J., Goyal T., Schwartz J.E. (2006) – The role of angry rumination and distraction in blood pressure recovery from emotional arousal. *Psychosomatic Medicine*, 68, 64-72.
30. Dreher H. (2004) – Psychosocial factors in heart disease: A process model. *Advances in Mind-Body Medicine*, 20, 20-23.
31. Diamond P.M., Magaletta P.R. (2006) – The short form Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ-SF): A validation study with federal offenders. *Assessment*, 13, 227-240.
32. Gallo L.C., Smith T.W. (1998) – Construct validation of health-relevant personality traits: Interpersonal circumplex and five-factor model analyses of the Aggression Questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine*, 5, 129-147.
33. Harmon-Jones E. (2007) – Trait anger predicts relative left frontal cortical activation to anger – inducing stimuli. *International Journal of Psychophysiology*, 66, 154-160.
34. Harris J.A. (1997) – A further evaluation of Aggression Questionnaire: Issues of validity and reliability. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1047-1053.
35. Hillbrand M., Waite B.M., Rosenstein M., Harackiewicz D., Lingswiler V.M., Stehney M. (2005) – Serum cholesterol concentrations and non-physical aggression in healthy adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 295-299.
36. Sukhodolsky D.G., Golub A., Cromwell E.N. (2001) – Development and validation of the Anger Rumination Scale. *Personality and Individual Differences*, 31, 689-700.
37. Spielberger C.D. et al. (1995) – Measuring the experience, expression and control of anger. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 18, 207-232.

CAPITOLUL 3 STRESUL PSIHIC (I)

Partea I. Domeniu de definiție

Ioan-Bradul Iamandescu

Conceptul de stres psihic a fost creat și perfecționat de-a lungul câtorva decenii de către Hans Selye (1) care l-a definit ca pe o **reacție generală a organismului la o serie de agenți stresori externi (se omiteau stresorii interni) de origine fizică, chimică, biologică și psihologică.**

Conform unei definiții „combinată” a doi autori contemporani (2, 3), **stresul reprezintă o reacție de răspuns, resimțit ca un efort de subiect, la o solicitare în plan fizic (somatic) și/sau psihologic, produs de diverse cauze externe sau interne, denumite stresori.**

Stresul reprezintă în esență **un efort adaptativ la o schimbare a mediului extern sau intern.** În condițiile în care stresorii acționează în plan psihologic – prin semnificația lor simbolică sau semantică, dar și prin suprasolicitarea unor activități mentale (senzoriale, informaționale, decizionale) – vorbim despre **stresul psihic (psihologic).**

A. Sfera noțională

1. Circumstanțe generale de apariție a stresului psihic (SP)

a) **Stresul psihic = conștientizarea unei situații dificile (pericol sau neputință) cu impact afectiv negativ.**

Încercând o definiție sintetică a semnificației stresorilor, ca și a propriilor resurse ale subiectului de a le face față, Lazarus (4) și alți autori au elaborat **teoria cognitivistă și comportamentală a modelului tranzacțional al stresului**

care a fost definit ca un „**efort cognitiv și comportamental de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările externe sau interne care depășesc resursele personale**”.

Este clar că există multe diferențe între stresul reprezentat de efortul de a căra o valiză grea câțiva kilometri și cel produs unui operator radar dintr-un aeroport, dar, în plan endocrin, ambii au o descărcare de cortizol (după cea inițială catecolaminică), se simt obosiți în plan psihic etc. Din acest motiv, ca opinie personală, încă din 1993 (5), am introdus termenul de „**stres psihic secundar**”, considerând că toate celelalte forme de stres nonpsihologic confluează într-o reacție de stres psihic, prin reflectarea în plan mental a stării de tensiune creată de stresorii respectivi ca și prin conștientizarea dificultății situației în care se află subiectul confruntat cu stresorii fizici, chimici și biologici.

Tocmai această **conștientizare a situației** constituie atributul major al stresului psihic (SP) deoarece stresorii, în acest caz, sunt **stimuli psihici dotați cu o puternică semnificație, fie negativă (distress), fie pozitivă (eustress)**.

Autorii acestei definiții – destinată în exclusivitate distress-ului – accentuează în mod justificat **rolul evaluării și al reevaluării** naturii stresorilor în plan cognitiv, dar cu răsunet în sfera afectivă, precum și compararea lor cu resursele (autoevaluate, și ele) individului.

Conform definiției sus-menționate, individul intră în stres când conștientizează (anticipează) că se află în imposibilitatea de a face față exigențelor stresorului.

Această evaluare „îl costă” pe individ o tensiune psihică al cărei disconfort echivalează cu însăși reacția la stres, iar aceasta se exprimă – atât în plan psihic, cât și în planul somatic al corelatelor somatice ale proceselor cognitive și afective – prin modificări precum: variații ale tensiunii musculare, tahicardie, vasomotricitate de tip constricție (paloare) sau dilatație (congestie cutanată), respirație dificilă etc.

Pentru practica medicală și psihosomatică, în special, este importantă **simptomatologia somatică ce acompaniază „simptomele psihice” ale stresului psihic**.

Nu trebuie omis faptul că în cursul unui **eustress major** (de exemplu, un câștig la loterie) mulți subiecți prezintă palpitații, leșină, nu dorm câteva nopți, fapt ce reprezintă **corelate somatice** similare celor din cursul distress-ului și, nu rareori, s-a produs chiar decesul bolnavilor cardiaci, declanșat tocmai de evaluarea excepțional de favorabilă a unei situații cu caracter de stresor pozitiv.

b) Stresul psihic = rezultatul unor situații (cu potențial stresor) evaluate tardiv/retrospectiv sau ignorate.

În afara situațiilor generatoare de stres – prin conștientizarea/participarea pericolului sau a neputinței – Iamandescu (1993) a mai inclus **situațiile neconștientizate** (decinesupuse/„sustrase” evaluării) cum sunt cele de **suprasolicitare** (oboseală) și **subsolicitare** (de exemplu, plictiseală) – ambele instalate insidios.

c) Stresul pozitiv (eustress-ul) include reacțiile (cu atributele stresului – în plan psihic și somatic) produse de **situații cu semnificație extrem de favorabilă pentru subiect (deci stresori pozitivi)**, reacții ce fuseseră incluse, inițial, de Selye în sfera noțiunii de eustress. În prezent, acest concept a fost

abandonat în mod total nejustificat în literatura psihologică medicală – Psihologia Sănătății/Medicina Comportamentală din ultimele decenii.

d) Stresul psihic produs prin mecanisme reflex condiționate

De asemenea, vom sublinia din nou **rolul reflexelor condiționate** în declanșarea cvasiinstantanee a unei reacții de stres (fie distress sau eustress), fără ca mecanismele de evaluare să mai aibă timp de a interveni.

După ce, în alte lucrări (5), s-au făcut exemplificări cu ajutorul unor cazuri clinice spectaculoase (de exemplu, criză de astm la vederea buchetului de trandafiri artificiali), considerăm că merită date încă vreo câteva exemple de instalare a stresului psihic în **condiții evocatoare ale unor stresuri psihice anterioare foarte relevante**.

Astfel „**alergia**“ față de o persoană poate declanșa un distress chiar la auzul vocii sau la vederea acesteia la o emisiune TV; la fel și **revederea unor locuri încărcate de amintiri**, din fuga trenului etc. Pentru practica medicală este important de semnalat faptul că **efectul placebo (încadrabil de fapt în sfera eustress-ului)** este legat de un șir de reflexe condiționate, începând cu gesturile, urmărirea și privirea medicului, prescripția medicamentelor. **Efectul nocebo** reprezintă, desigur, un reflex negativ de tipul distress-ului.

2. Distress, eustress și well being

Din fericire, există nu numai stresul negativ (distress), ci și stresul pozitiv (eustress). Mai puțin pătrunse în vocabularul curent, aceste două cuvinte (distress și eustress) desemnează două tipuri fundamentale de stres, reliefate de către Selye (1) și dezvoltate – până în anii 1998-2000 – de mulți autori, de exemplu, von Eiff (6) și Buddeberg și col. (7).

2.1. Distress-ul

Datorită răspândirii largi în limba română a cuvântului stress, îl vom scrie numai cu un singur s, stres.

Distress-ul este definit ca un „fenomen indizerabil, un stres negativ, rău, nociv, distrugător, dăunător vieții sau o agresiune acută și/sau cronică, care perturbă sistemele de comandă, reglare și apărare ale organismului: sistemul psihic, nervos, endocrin și imunitar“ (8).

Distress-ul se caracterizează prin **răspunsuri complexe psihoneuroendocrinoimunofiziologice ale organismului** (8), precum:

- decompensarea și perturbarea tonusului psihic cognitiv, afectiv și volitiv, cu scăderea performanțelor și apariția unor disfuncții, tulburări și boli;
- stimularea zonelor de pedeapsă/neplăcere, dereglarea funcțională bioelectrică și energetică cerebrală;
- activarea sistemului simpatoadrenalian, cu creșterea intensă a secreției de catecolamine, adrenalină în special;
- activarea axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal, cu creșterea intensă a secreției de cortizol;

- imunodepresie umorală (de exemplu, interferon și imunoglobuline A) și celulară (limfocite NK),
- scăderea rezistenței la infecții și cancer.

Distress-ul crește vulnerabilitatea organismului, determină tulburări de adaptare, afectează starea de sănătate și generează boli.

Distress-ul este termenul ce desemnează **stresurile care au un potențial nociv pentru organism**. Toate caracteristicile stresului general sau psihic amintite anterior s-au referit la această accepțiune a stresului. Ceea ce merită să fie subliniat este legat de principalii hormoni eliberați în cursul distress-ului: **catecolaminele** (în special adrenalina și noradrenalina) – care pot favoriza bolile cardiovasculare – și **cortizolul**, care scade rezistența organismului față de infecții și față de cancer.

Distress-ul este un fenomen natural și indispensabil în lumea vie pentru că stă la baza proceselor adaptative. Distress-ul, indiferent de natură și mod de manifestare (acut, cronic, psihic/biologic, nespecific/specific), generează și parcurge în organism o etapă comună – producția în exces, la nivel celular, a unor modificări reactive, ce produc deteriorări oxidative ale moleculelor din structurile organice, în condițiile în care mecanismele de apărare sunt depășite.

În literatură, **distress-ul acoperă în general sfera noțiunii de stres**, apărând într-o serie de situații (agenți stresori) cu semnificație extrem de nefavorabilă pentru majoritatea indivizilor și, din acest motiv, noi vom folosi cuvântul „stres” pentru această semnificație negativă (de distress).

2.2. Eustress-ul (stresul pozitiv, benefic sau stimulant)

Eustress-ul desemnează nivelul unei stimulări psihoneuroendocrine moderate, care menține la un model optim echilibrul și tonusul fizic și psihic al persoanei, starea de sănătate, și induce, astfel, o adaptare pozitivă la mediu (9).

Eustress-ul sau stresul stimulant este **indispensabil pentru viață** și pentru menținerea funcțiilor mentale și fizice, necesare desfășurării activității umane (ibidem).

Eustress-ul este definit și ca un „fenomen dezirabil, un stres pozitiv, vitalizant, favorabil pentru individ” (8).

Se caracterizează prin:

- producerea (inducerea) de către agenți eustress-ori (situații pozitive), a unor efecte benefice, agreabile, asupra organismului în plan biopsihosocial;
- conștientizarea pericolelor însoțită de convingerea în posibilitatea de a depăși situațiile primejdioase;
- răspunsuri complexe psihoneuroendocrinoimunofiziologice ale organismului cu:
 - creșterea tonusului psihic cognitiv, afectiv și volitiv, soldată cu creșterea performanțelor;
 - activarea arhicortexului, a paleocortexului și a neocortexului, cu satisfacerea nevoilor bazale, prin **acțiunea la nivelul zonelor de recompensă/ plăcere**, și a activităților bioelectrice și energetice cerebrale;

- activarea sistemului simpatoadrenalian, cu creșterea **moderată** a secreției de catecolamine;
- activarea moderată a sistemului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal, cu creșterea eliberării de CRF, ACTH și cortizol;
- creșterea moderată a secreției de serotonină, de oxitocină, de endorfine și de hormoni sexuali;
- imunostimularea umorală (IgA, interferon) și celulară (prin limfocite și celulele NK) (8).

Eustress-ul reprezintă, de fapt, o stare de stres, validată printr-o reacție însoțitoare moderată catecolaminică și cortizolică, alături de multe alte reacții fiziologice (9). Diferența față de distress este însă fundamentală, atât din punct de vedere al naturii agenților stresori (stimuli cu semnificație benefică pentru individ, excitanți plăcuți ai ambianței sau trăiri psihice pozitive ori „palpitante”, de la emoții până la sentimente etc.) cât și al consecințelor sale pentru organism care sunt, în general, favorabile (6). Totuși, în cazul unei reacții catecolaminice generate de eustress, pot apărea tulburări grave la un cardiac sau, în cazul unui acces de râs, se pot declanșa crize de astm la o mare parte dintre cei suferinzi de această afecțiune.

Din punct de vedere al hormonilor de stres, în cursul eustress-ului are loc, de cele mai multe ori, numai o **moderată creștere a secreției de adrenalină** și, de asemenea, cresc „**endorfinele cerebrale**, ca **neurohormoni modelatori ai plăcerii**” (10) și având un efect antialgic și imunostimulant.

Pe termen lung, efectele fiziologice ale eustress-ului nu au fost studiate sistematic, astfel încât opinia de mai sus a lui von Eiff (6) este doar plauzibilă și are deocamdată numai girul observației clinice. De altfel, însuși Selye (1), apreciind că „eustress-urile nu durează niciodată în mod cronic”, considera că ar trebui studiate serii mari de vârstnici cu o activitate susținută în domenii care le produc mari satisfacții (de exemplu, artă, știință), comparativ cu cei care resimt „disperare, nu ajung la nimic, nu au niciun succes” (*ibidem*). Ca un răspuns dat acestor exigențe ale lui Selye (1), putem considera că – referindu-se la eustress-urile vârstnicilor – el considera ceea ce astăzi se numește „longevitatea savanților” obținută tocmai datorită acelor eustress-uri menționate de genialul creator al conceptului de stres.

Din păcate, conceptul de eustress a început să dispară din literatura ultimilor ani [de exemplu, tratatele lui Petzold și Studt (11) sau Bennett (12)], fapt ce se poate explica prin teama unor autori – adepți ai rigorii științifice extreme – de a nu se putea găsi criterii de delimitare a SP, din cauza polimorfismului emoțiilor, ca și a reacției hormonale de eustress și, foarte posibil, datorită „intrării în conflict” cu pro-custiana teorie cognitivă a SP (de fapt, a distress-ului), devenită adevărată dogmă.

Noi vom menține conceptul de eustress, considerându-l extrem de util pentru concentrarea numeroaselor și variatelor tentative antistres – spontane sau psihoterapeutice – într-o „zonă” a unor reacții psihologice și psihosomatice menite să apere de ravagiile distress-ului sănătatea psihică și fizică a individului.

Actualmente, eustress-ul pare să fie înlocuit de conceptul de „**well being**” care poate concentra dispozițiile pozitive, dar fără a le diferenția din punct de vedere al intensității și al anvergurii lor de ceea ce se înțelege prin eustress

care – prin **amplarea reacțiilor cognitiv-emoționale și răsunetul lor fiziologic amplu** – **mobilizează mult mai eficient mecanismele sanogenice** ale organismului uman (a se compara dispoziția pozitivă la o pauză de cafea cu primirea unei vești foarte bune sau cu o audiție muzicală extrem de plăcută).

Tabelul 1. Distress și eustress
(Iamandescu – 2002, modificat după Buddeberg și Willi – 1998)

	<i>Distress</i>	<i>Eustress</i>
Calitatea agenților stresori	Neplăcuți , amenințători suprasolicitanți, subsolicitanți	Plăcuți , solicitare moderată într-un climat afectiv pozitiv
Tipuri de reacții	„ Active ”: furie, rușine, revoltă etc. „ Pasive ”: tristețe adâncă, neajutorare, nesiguranță, lipsă de speranță	Bucurie, triumf, extaz, „senzații tari”, râsul în cascade, excitație sexuală, dragoste etc. Efort fizic moderat
Tipuri de situații	Conflict, suprasolicitare, frustrare, „examen”, pierderi majore (de exemplu, deces, divorț, concediere etc.) N.B. Buddeberg și Willi (1998) consideră: a) situații de distress activ (implicare activă prelungită, dar cu posibilitate de control redus) b) situații de distress pasiv („pierderi”, fără posibilitatea oricărui control, cu caracter de lipsă de perspectivă și „neajutorare”, de „abandon”)	Câștiguri financiare și morale, contemplare extatică (opere de artă, în special muzică, peisaje naturale), surse de râs (lecturi, spectacole etc.) N.B. Situații de provocare directă (de exemplu, jogging-ul sau jocuri de noroc) sau indirectă (de exemplu, filme polițiste) în care subiectul se identifică cu destinul – adeseori tragic – al personajelor, dar activarea fiziologică rezultată are loc pe fondul siguranței asupra controlului „provo- cării” (eustress-ul „activ” = creșterea moderată a cortizolului)
Reacție endocrină	a) Catecolamine ↑↑ + cortizol ↑ (reacție activă: luptă sau fugă) b) Catecolamine ↑ + cortizol ↑↑ (reacție pasivă, „pierdere”)	Catecolamine + endorfine + serotonină Prolactină + oxitocină + CRF + cortizol (moderat)
Sistem imunitar	Inhibiție (celule NK ↓, fagocitoză ↓, interferon γ ↓)	imunostimulare (celule NK ↑, fagocitoză ↑, interferon γ ↑, IgAs ↑)
Aparat cardio-vascular	Predomină creșterea TA	Predomină creșterea AV (puls crescut)

Derevenco (9) exemplifică stresul psihic printr-un **efort fizic de intensitate medie ori o activitate profesională ergonomic organizată**.

Dansul este, de asemenea în opinia noastră, un exemplu ideal de eustress.

Toate aceste considerații ne fac să circumscriem aria de apariție și de utilizare terapeutică a eustress-ului la situațiile clare menționate mai sus și dintre care unele (de exemplu, râsul, muzicoterapia), constituie importante conduite antidistress.

Considerăm necesar să opinăm asupra faptului că **eustress-ul, fiind un „stres psihic pozitiv”, are cel mai adesea în componența sa și elemente ale unui stres fizic** (de exemplu, dansul, râsul în hohote, actul sexual, practicarea unor sporturi etc.), dar tonalitatea sa psihică este determinantă pentru includerea în sfera stresului psihic.

Eustress-ul este, prin excelență, un stres psihic acut; „fericirea”, atunci când este „cronică”, nu are amplitudinea paroxistică a stresului, dar constituie un fundal afectiv (cu numeroase conotații cognitive și emoționale), cu un rol favorabil asupra individului, în plan psihic și somatic, echivalent cu „well being” (5).

Ceea ce, însă, constituie o apreciere relativ cvasiunanimă este faptul că repetarea frecventă a eustress-urilor constituie *per se* o **premisă a longevității** (mai ales că produce o creștere a imunității antiinfecțioase și antitumorale) (*vezi Tabelul 1*). Prin contrast, **distress-ul (stresul psihic negativ) cumulează calitățile de factor de risc pentru sănătate**.

Menținerea conceptului de eustress în atenția cercetătorilor ar putea să pornească, de asemenea, de la faptul că – cel puțin în planul observației clinice – există suficiente diferențe față de distress; în *Tabelul 2* le-am exemplificat numai pe cele prezente la nivelul proceselor cognitive și afective, a căror rezonanță la nivel somatic este mai amplă și mai bine studiată.

2.3. Eustress versus conceptul „Psychological Well-being” (PWB)

În evoluția științelor de interferență ale medicinei cu alte științe umaniste, precum psihologia – în primul rând –, sociologia, antropologia, etica etc., în ultimele patru decenii s-au produs mutații dictate de o motivație științifică argumentată suficient și acceptată, cel mai adesea cvasiunanim, de comunitatea științifică internațională. Nu totdeauna directivele diferitelor „consensuri” oficiale au fost convingătoare, iar – cel puțin în cazul psihosomaticii – „alungată” chiar și din glossarele disciplinelor care au înlocuit-o – deciziile au fost total ignorate, dovadă continuarea „impasibilă” a activităților diverselor societăți naționale și internaționale de psihosomatică.

Un fenomen asemănător, de „disoluție semantică” – similar cu cea a psihosomaticii – a fost cel referitor la eliminarea termenului de „eustress” propus de Selye ca o reacție de stres cu sens pozitiv, opusă distress-ului atât din punct de vedere al semnificației pozitive pentru individ a stresurilor, cât și al mecanismelor implicate (într-adevăr mult mai dificil de explicat decât în cazul distress-ului), precum și al efectelor sale benefice în plan psihologic și somatic.

Treptat, nu s-a mai utilizat termenul de eustress, în schimb a început să se vorbească, în special în ultimele două-trei decenii, despre conceptul de „psychological well-being” (PWB) ca o stare de bine resimțită în plan subiectiv, dar și corelată

cu o bună funcționare a organismului – în plan psihologic și somatic – echivalând (nu în totalitate!) cu o stare de sănătate satisfăcătoare (corelație contrazisă, uneori, de evoluția unor boli latente clinic – de la ischemia coronariană silențioasă și până la primele faze de evoluție a SIDA).

Există o tentație firească de a găsi o similitudine – mergând până la echivalență – între eustress și PWB, dar se ignoră faptul că **eustress-ul este o reacție activă care pune întreaga ființă umană într-o stare de tensiune (stres) – chiar dacă foarte plăcută, în timp de PWB desemnează o stare (de bine) pasivă, iar dispoziția este pozitivă și corelatele somatice sunt adesea discrete.**

Este clar că – așa cum efortul fizic tonifică organismul – eustress-ul (care poate să apară, de asemenea, în cursul unui efort, cum ar fi dansul) are efecte mobilizatoare favorabile pentru întregul organism. Acestea depășesc efectele benefice ale „stării de bine” chiar dacă – prin persistența sa, are, la rândul ei, un rol favorabil pentru sănătatea psihică și somatică.

În cele ce urmează – după ce în paragraful precedent am evidențiat conceptul de eustress și implicațiile sale biopsihosociale favorabile asupra ființei umane – vom încerca să prezentăm date esențiale despre PWB, concept relativ recent care constituie unul dintre scopurile activității corpului medical și, mai ales, al psihologilor.

2.3.1. Caractere generale

„Starea de bine” (*well-being*) a fost considerată ca un **atribut al sănătății**, într-o triplă ipostază (somatică/fizică, psihologică și socială), încă din 1948 când OMS a dat o definiție a sănătății, valabilă și astăzi. Desigur, o astfel de stare este conștientizată în plan psihologic chiar dacă la obținerea ei participă și celelalte două „rădăcini”: somatică/fizică și socială. Descrierea conceptului sănătății mentale a impulsionat punerea accentului pe acest aspect esențial – starea/senzația de bine – de către Ryf începând din 1989 (13), care a încercat să analizeze factorii care contribuie la apariția PWB, dar și a dimensiunilor – în interacțiune dinamică – ale acestui concept cu „**rol de tampon față de acțiunea nocivă a distress-urilor**” (14) și cu implicații în protecția față de boli (15).

2.3.2. Dimensiunile psihologice ale PWB

Modelul multidimensional al PWB, propus de Ryff, este sistematizat de Rafanelli și Ruini (16) astfel:

1. *Autonomia* – concepută ca o asociere între nevoia de independență, autodeterminare și capacitatea de a rezista presiunii sociale, în gândire și acțiune. Posesorul acestei însușiri are standarde personale de autoevaluare, precum și un loc de control intern.

2. *Controlul mediului (familiar, profesional)* – printr-o încadrare și activitate satisfăcătoare pentru sine și ceilalți – și competență în desfășurarea activităților zilnice.

3. *Dezvoltarea personală* – prin deschiderea către noi experiențe și acceptarea provocărilor și a sarcinilor apărute în diferitele etape ale vieții.

4. *Relații pozitive* cu ceilalți bazate pe căldură afectivă, pe încredere și pe capacități empatice.

5. *Scop în viață, aspirații și intenții* direcționate către un țel a cărui atingere să-i justifice faptul că viața merită să fie trăită.

6. Acceptarea de sine (*self acceptance*) – o atitudine pozitivă față de sine cu recunoașterea părților bune și acceptarea limitelor și a defectelor proprii.

Evaluarea psihometrică a PWB se poate face cu ajutorul chestionarului PWB-Scales (13), versiunea scurtă a aceluiași chestionar (17) și Interviu structurat bazat pe itemii PWB (18).

2.3.3. Corelații cu variabile psihosociale și biologice

- Utilizarea chestionarelor PWB a evidențiat variații *dependente de vârstă, sex și nivel cultural* în diferite țări (16).
- Au fost găsite corelații pozitive – anticipate desigur – cu **extraversia și deschiderea** față de experiențe noi (19) și negative cu depresia, neuroticismul și tulburări de personalitate (cit. de 16).

Au fost semnalate posibilități ca PWB să poată compensa dezavantajele economice și educaționale ale indivizilor respectivi, ceea ce, în aprecierea autoarelor, constituie un argument în favoarea considerării PWB ca fiind o **resursă protectoare** (16) **față de diverși factori de risc**. De asemenea, se consideră că PWB este un factor important de care depinde nu numai **sănătatea umană**, ci și **longevitatea** (20).

Referitor la **corelațiile PWB cu unii factori de risc pentru diverse boli somatice**, Rafanelli și Ruini (16) menționează că au fost dovedite corelații între:

- existența unui scop în viață bine definit și relații sociale pozitive și greutatea corporală mai scăzută;
- scor înalt la stăpânirea mediului și acceptarea de sine și nivelul scăzut al hemoglobinei glicozilate;
- dezvoltarea personală și scopul bine definit cu nivelul scăzut al cortizolului salivar;
- număr de celulele NK crescute la femeile cu PWB ridicat;
- HDL – se corelează pozitiv cu 4 dintre cele 6 scale ale PWB (relații sociale pozitive, stăpânirea mediului, dezvoltarea personală și dezvoltarea profesională).

B. Modificări psihologice și somatice produse de stres

1. Tulburări psihice și somatice reversibile în stres

În *tabelele 2 și 3* sunt prezentate tulburările din **stresul psihic acut**, general răspândite, afectând cvasitotalitatea oamenilor și cu o reversibilitate aproape totală, excepțiile fiind reprezentate de indivizii deja bolnavi (sau predispuși), la care un stres psihic acut poate declanșa o serie de manifestări patologice.

În cazul **stresului psihic cronic**, numărul indivizilor afectați este mult mai redus, el depinzând de amplitudinea și durata stresului psihic, dar, mai ales, de vulnerabilitatea la stres a subiecților respectivi. De asemenea, reversibilitatea acestor tulburări este mai redusă, iar declanșarea/amorsarea unor manifestări patologice somatice (dar și psihice!) este mai frecventă.

Tabelul 2. Tulburări în plan mental și comportamental prezente în cursul SP acut – (I.B. Iamandecu – *Stresul psihic* – 2002)

<p>Cognitive</p> <p>Distress</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scăderea atenției, a memoriei și a randamentului intelectual • Blocaj ideational • Scăderea imaginației, a creației (mai puțin, la artiști) • Neîncredere în sine • Lipsa de speranță • Neajutorare • Supraapreciere a dificultăților <p>Afective și voliționale</p> <p>Distress</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iritabilitate, revoltă, mânie, furie • Rușine, jenă • Neliniște inexplicabilă, panică (grade diferite ale anxietății), groază • Teamă, frică, fobie • Nerăbdare, agasare, enervare • Apatie, plictiseală • Tristețe, scăderea bucuriei de viață, sentimentul inutilității • Insomnie psihogenă • Nehotărâre versus încăpățânare 	<p>Eustress</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scăderea concentrării • Scăderea vigilenței • Încredere excesivă în sine și în ceilalți (scăderea simțului critic) • Subestimarea dificultăților <p>Eustress</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacție, amuzament (râs) • Triumf (câștig) • Mândrie • Revelație (valori artistice, morale, științifice) • Excitație senzorială sau „intelectuală” • Bucurie • Frenezie • Excitație sexuală • Extaz (artistic, intelectual, religios)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabelul 3. Simptome psihice și fizice (somatice) în SP cronic – apreciere generală (după Luban Plozza și colab.) (21)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Tulburări de concentrare, atenție, memorie = scăderea randamentului intelectual 2. Epuizare fizică (și psihică), îmbolnăviri frecvente 3. Tulburări funcționale psihice (insomnie, fatigabilitate etc.) și psihosomatice: <ul style="list-style-type: none"> • modificări ponderale (slăbire-îngrășare) • tulburări de apetit (inapetență – hiperfagie), tranzit intestinal (constipație – diaree) • tulburări de dinamică sexuală

2. Tulburări psihice patologice determinate de stresul psihic

Dacă tulburările psihice pasagere sunt un element de definiție al stresului psihic, există tulburări psihice de o amplitudine și/sau durată care pot să aparțină de domeniul patologiei psihiatrice.

Conform manualului de referință ICD-10 (Clasificarea internațională a tulburărilor mintale și de comportament) există două grupe de sindroame psihiatrice generate de stresul psihic: **reacții la stres sever și tulburări de adaptare** (F.42), și **tulburări disociative** (de conversie) (F.43). La aceasta se adaugă un al treilea grup, F.45 – **tulburări somatoforme** – care cuprinde fie reacții strict subiective în sfera psihică, fie reacții obiectivabile neuro-vegetative (autonome), toate însă imitând boli somatice și generând convingerea neconfirmată a bolnavului în existența unor astfel de boli organice.

F.42 – Reacții la stres sever și tulburări de adaptare

Conform unei sinteze efectuate după datele furnizate de G. Ionescu (22), aceste reacții au ca numitor comun două elemente:

- brutalitatea extremă a agentului stresor cauzal care amenință viața, integritatea fizică sau statutul socio-profesional (inclusiv reputația) al victimei;
- vulnerabilitatea la stres mai crescută a acesteia în raport cu alte persoane.

Referitor la simptomele psihice, ele îmbracă tablouri clinice severe, uneori de intensitate psihotică (de exemplu, delir) și sunt marcate de evocarea psihotraumatizantă (inclusiv în vis) a dramei trăite de subiectul agresionat.

F.43.0. – Reacția acută la stres („șoc psihic”, „stare de criză” etc.)

Durează între 2 zile și 4 săptămâni (depășirea acestei limite corespunde celeilalte tulburări – cea „posttraumatică”).

F.43.1 – Tulburarea posttraumatică de stres („stres posttraumatic“)

- durează peste 30 zile;
- cauzele sunt asemănătoare, ca situații excepționale, dar intensitatea și durata stresului sunt mai mari decât în cazul reacției acute de stres, ca de exemplu răpire, viol, vederea unei scene îngrozitoare, detenție, **cutremure** sau **inundații**, **acte teroriste** (răpiri, ostatici), accidente grave de circulație, moartea subită a unei persoane foarte apropiate. Predomină **simptomele evocatoare** (inclusiv halucinații) ale traumei.

3. Diferențierea tulburărilor psihice pasagere induse de stres și de tulburările psihice stabile/persistente de natură psihiatrică

Merită menționată opinia lui Maj (23) care susține existența unei diferențieri între anumite sindroame clinice reprezentând „**răspunsuri homeostatice tranzitorii** la acțiunea unor stimuli externi sau interni sau la evenimente nefavorabile de viață” (cu atributele distress-ului, în opinia noastră) și tulburările psihopatologice (de competența psihiatrului din cauza intensității și a persistenței lor, ca și din cauza unor particularități specifice domeniului).

O astfel de diferențiere ajută la orientarea subiectului afectat de distress către medicul de familie (eventual și psiholog), în cazul unor **tulburări psihologice**

pasagere și de mică intensitate, și trimiterea la psiholog sau la psihiatru (adesea la ambii), în cazul tulburărilor severe și persistente.

4. Tulburări și boli psihosomatice – expresia afectării viscerale de către distress

Într-o tentativă simplificatoare de a defini modalitățile de transmitere a efectelor psihofiziologice induse de distress în plan somatic (aparat locomotor și organe interne) vom porni de la concepte mai vechi – încă utilizate în patologia internă – cum ar fi tulburările funcționale și cele organice (lezionale) chiar dacă a apărut și conceptul mai nou, de leziune biochimică.

Astfel vom prezenta schematic gradația progresivă a insinuării somatice a distress-ului (dar și a eustress-ului) considerând ca prima etapă apariția **corelatelor/concomitentelor somatice ale proceselor psihice**, mai evidente în cazul emoțiilor („concomitente somatice emoționale”). Exemplificăm cu „simptome” precum palpitațiile, paloarea sau eritemul facial, dispneea, tremorul etc. în cazul furiei sau cu eritemul pudic – în cazul rușinii –, grețurile, în cazul dezgustului etc. Dongier (24) a realizat o ierarhizare prin adăugarea la concomitentele somatice ale emoțiilor a tulburărilor **psihosomatice** omoloage care sunt, de fapt, concomitente emoționale de intensitate crescută, repetabile și, mai ales, persistente, dar având atributul reversibilității (2).

Prin repetarea sau cronicizarea distress-ului sau prin adăugarea acțiunii altor factori „organo-specifici”, tulburările psihosomatice ancorează în stadiul lezional, acela de **boli psihosomatice** (BPS) (2).

Redăm în *tabelul 4* caracterele generale ale adevăratelor boli psihosomatice deoarece ne delimităm de lărgirea sferei noționale a BPS, așa cum susținea Hinkle (25), „toate bolile pot fi psihosomatice”, dar – chiar dacă pot exista rezerve față de încadrarea anumitor boli în rândul BPS, pe baze pur clinice – noi considerăm că avem suficiente argumente spre a delimita adevăratele BPS de celelalte afecțiuni medico-chirurgicale. Criteriile invocate în 1993 (5) pentru stabilirea etichetei de BPS sunt prezentate, de asemenea, în *tabelul 4*.

Tabelul 4. Caractere generale ale bolilor psihosomatice

1. Boli plurifactoriale de largă răspândire, cu evoluție cronică influențată frecvent de factorii psihologici în alternanță sau în asocieră cu factori organo-specifici.
2. Teren de apariție cu dublă vulnerabilitate (genetică sau dobândită) psihologică (receptivitate la stres) și de organ, somatică (canalizează acțiunea stresului).
3. Evoluție cronică cu perioade active ale bolii („pusee”, crize, „decompensări”) separate de intervale de acalmie clinică și/sau biologică (analize de laborator normalizate sau alterate).
4. Rol favorabil (cel mai adesea, dar nu totdeauna) jucat de medicația psihotropă și/sau psihoterapie.
5. Abordarea psihosomatică = considerarea diagnostică și terapeutică din perspectiva biopsihosocială și utilizarea unui tratament simultan medicamentos și psihologic.

C. Agenții stresori psihogeni (AS)

1. Caractere generale

În cazul stresului psihic, agentul stresor – reprezentat de o largă paletă de **stimuli** dotați cu o **semnificație nocivă** (în distress) sau **intens favorabilă** (în eustress) – **acționează de regulă pe calea organelor de simț, cu proiecție corticală**. În urma intervenției sale, apar la nivel cortical procese psihice complexe și variate, având ca rezultată subiectivă o **stare de „tensiune”** care este resimțită aproape fizic datorită propagării unor influxuri nervoase cortico-subcortice, cu activarea centrilor neurovegetativi superiori și punerea în funcțiune a sistemului simpato-adrenergic și a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal, cu eliberarea consecutivă a unei game polimorfe de hormoni (catecolamine, ACTH, cortizol, STH, vasopresină etc.)(6) și **punerea sub tensiune a tuturor organelor** și aparatelor organismului.

AS capabili să declanșeze un SP sunt de natură variată, nefiind obligatoriu numai stimuli psihici, fapt ce obligă la o departajare a **două categorii de AS**:

a) Cei care acționează pe calea celui de-al **doilea sistem de semnalizare**, reprezentați prin cuvinte, idei, procese ale gândirii (mai ales evaluările unei situații nocive pentru individ, inclusiv disconfortul creat prin nesatisfacerea unei necesități).

Tabelul 5. Caracteristicile generale ale stresorilor psihici
(Iamandescu – 2002) (2)

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Caracter simbolic (predominant verbal). 2. Potențial facultativ (de exemplu, injurie, trafic aglomerat) versus obligatoriu/inerent (calamități, amenințarea vieții etc.). 3. Semnificație electivă pentru subiect („miză”) (26). 4. Origine/natură <ul style="list-style-type: none"> - externă (de exemplu, zgomot) - internă (interoceptori – de exemplu, durerea). 5. De regulă, articulați/conglomerați în situații stresante. 6. Efect maxim în funcție de tripla asociere: a gradului de implicare, a „mizei”, bruschetei (26) și a noutății stimulului (lipsa de experiență versus antrenament). |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

b) **Stimuli senzoriali externi (senzațiile, percepțiile și reprezentările)**, despre care Pavlov spune că ele „se referă la lumea externă și sunt primele semne ale realității”, precum și **excitațiile interoceptive** (în cazul unor boli cu simptomatologie zgomotoasă – în special dureri, prurit, „disconfort” etc.).

SP zilnice sunt generate de AS de mică intensitate, dar cu durată prelungită sau frecvență de apariție crescută (*Tabelul 6*).

Tabelul 6. Stresuri zilnice minore (după Kanner) (27)

1. Prea multe de făcut.
2. Timp insuficient.
3. Prea multe responsabilități.
4. Gânduri deranjante („nu-ți dau pace“).
5. Obligații sociale.
6. Stabilirea priorităților.
7. Rătăcirea sau pierderea lucrurilor personale.
8. Nu găsești timp spre a dormi suficient.
9. Probleme cu copiii.
10. Supraîncărcare cu responsabilități familiale.
11. Neplăceri la serviciu.

S.B. Sells (26) consideră că SP ia naștere în următoarele situații:

1) circumstanțe care **surprind individul nepregătit** spre a le face față: lipsă de antrenament, incapacitate fizică și intelectuală (de moment sau „de fond“) etc. Ele echivalează cu bruschetea acțiunii AS.

2) **miza** este foarte mare, un răspuns favorabil având consecințe importante pentru individ, în timp ce eșecul (incapacitatea de a răspunde eficient la situația solicitantă) are un efect nociv, accentuând și mai mult SP.

3) **gradul de „angajare“** a individului (în funcție de miză). Limitele personalității lui îi conferă o intensitate direct proporțională cu SP.

2. Premise psihosociale de proliferare a SP (5)

1. Factori specifici progresului tehnic: suprasolicitarea psihică prin creșterea exigențelor socioprofesionale

Toffler (27) considera **trei tipuri de suprasolicitare** specifice secolului al XX-lea:

- **senzorială** – flux excesiv de stimuli sonori (zgomote), luminoși, termici etc.
- **informațională** – bombardament informațional pe numeroase canale media, internet, reclame etc.
- **decizională** – zilnic trebuie luate decizii variate, numeroase, unele solicitând intens mecanismele voliționale etc.

2. Factori de poluare și de dezorganizare a vieții spirituale (5)

a) Poluarea fizică și chimică cu restrângerea mediului natural – de exemplu, zgomotul industrial, dar și cel al aglomerațiilor urbane.

b) Lipsa unei recuperări adecvate după suprasolicitările profesionale – de exemplu, diminuarea activităților fizice în favoarea unor preocupări sedentare.

c) Accentuarea inegalităților sociale – sărăcie și/sau șomaj, „opulență plictisită“, activități nocive iluzorii, cu caracter aciv (terorism) sau pasiv (secte de cult irațional).

3. Scale de evaluare a intensității stresului psihic

SCALA HOLMES-RAHE (1967)(28) cuprinde situații generatoare de stres – referitoare la: 1. starea sănătății, 2. muncă, 3. casă și familie, 4. domeniul personal și social – și care sunt prezentate într-o ierarhie, începând de la: „Decesul partenerului de viață” cotelat cu punctajul maxim (100 de puncte), pierderi financiare, boală, divorț (70 de puncte), căsătorie (50 de puncte) ș.a., până la evenimente, precum: „concediu”/„Crăciun”/„mici conflicte cu legea” cotelate cu 15, care semnifică un potențial patogen redus al acestor evenimente. Când persoana evaluată obține un scor global peste 300 de puncte, înseamnă că trece printr-o **criză majoră de viață**.

Valoarea predictivă a scalei Holmes-Rahe este relativă, pentru că presupune că toți oamenii răspund la fel la un eveniment dat și că evenimentele ferice au același efect asupra sănătății ca și cele triste. Însă, în realitate, există variabilitate individuală determinată de *vârstă*, *factori psihologici* (personalitate, vulnerabilitate/ rezistență la stres etc.), *factori sociali* (suportul social), *starea de sănătate* (patologia coexistentă) și o *variabilitate culturală* (același eveniment are semnificații diferite în culturi diferite).

SCALA LINDEMANN

Elaborată în 1994 (valabilă pentru Germania), această scală indică un punctaj și o ordine destul de diferite de Scala H-R, apărută cu aproape trei decenii în urmă.

În privința evenimentelor casnice, decesul partenerului de viață este punctat cu 86 p, iar divorțul (de asemenea, 70 p) este devansat de decesul unei ființe apropiate (73 p) și o boală severă sau accident (72 p). De asemenea, în jurul a 50 p (căsătoria, în scala H-R) figurează evenimente precum: conflicte cu legea (60 p), incendiul locuinței (60 p), zgomot ambiant (51 p) sau penalități financiare și tulburări de somn (ambele 50p) (29).

Un loc important în această scală mai recentă a lui Lindemann îl ocupă stresul profesional – declanșat cel mai frecvent de „condițiile proaste de lucru” (62 p), solicitări profesionale extrem de crescute (61 p), munca în acord sau sub presiunea timpului (60 p) sau conflictele cu șeful (56 p).

Referitor la predictibilitatea acestor scale, scorul obținut nu este totdeauna relevant, mai mult contează semnificația pentru subiect a evenimentelor. Theorell argumentează prin reliefarea importanței unor elemente de distress profesional precum presiunea timpului, conflictele profesionale și, mai ales, responsabilitatea în muncă – prezente în anamneza bolnavilor de infarct, în cele 12 luni care au precedat debutul bolii (30).

De asemenea, interviurile luate bolnavilor după debutul infarctului miocardic referitoare la evenimentele foarte recente care au precedat infarctul – au evidențiat *deadline*-ul presant în cazul zilei precedente și existența tentației primei promise de șef în cazul săptămânii dinaintea apariției IM (30).

4. Termenii cu valoare de clase de stresori (cu valabilitate generală)

Infinitatea stresorilor obligă la o grupare generică, orientativă – în primul rând – pentru tipurile de psihoterapie sau de consiliere psihologică (31).

Putem codifica astfel unii termeni care sunt prezenți în diferitele definiții ale SP:

1. „**amenințare**”: este semnificația de anticipare a unui pericol;
2. „**frustrare**”: ia naștere când un obstacol se interpune în calea realizării unui scop;
3. „**conflict**”: situația creată de interferența a două sau mai multe solicitări cu motivații opuse, realizând o adevărată competiție;
4. **rezolvarea unor probleme** dificile sau imposibile (în raport cu contextul situațional de rezolvare);
5. **situațiile cu caracter de pierdere**, nu numai materială (pierderi financiare, concediere, distrugere a locuinței), ci și emoțională (decesul unei persoane apropiate, decădere socială, șomajul etc.);
6. **suprasolicitarea** peste limitele capacității intelectuale (inclusiv parametrii atenției, ai memoriei, ai rezistenței la perturbații etc.);
7. situațiile de **subsolicitare** (deprivarea senzorială cu monotonie, lipsă de informație sau de activitate soldate cu o gamă largă de stări psihice, mergând de la plictiseală și până la izolare extremă) (Mc Grath citat de 31).

Subsolicitarea în plan social îl stresează pe individ. Aceasta se explică prin faptul că fiecare om are o **nevoie înăscută de afirmare** a unei largi game de posibilități, care să îi evidențieze capacitatea sa, aspirație care nu îi este satisfăcută decât în cadrul unei activități în care este solicitat în mod adecvat acestor posibilități.

Stresul de subsolicitare apare în condițiile vieții moderne, destul de frecvent în activitățile de „deprivare senzorială” realizată în unele situații de **izolare profesională fortuită** – cu scăderea stimulării „obișnuite” a cortexului cerebral din cauza unei activări nespecifice corticale insuficiente, prin intermediul sistemului reticulat activator ascendent.

O formă mai subtilă, dar mult mai nocivă, o constituie situațiile de **subsolicitare aspirațională** prin nesatisfacerea unor trebuințe sociale (diferite de cele biologice și implicând procese de comunicare interumană, implicit nevoia de autoafirmare, dar și nevoia de afecțiune etc.).

8. **remanența unor stări afective** (pierderea unei persoane dragi, eșec profesional sau de altă natură etc.) sau redeșteptarea lor sub acțiunea unor excitanți condiționali (sau, pur și simplu, circumstanțiali), sau readuse la suprafața conștiinței prin vise, asociații de idei etc. (5).

D. Strategii de coping în SP

Coping-ul (32) reprezintă un efort cognitiv și comportamental de a reduce, de a stăpâni sau de a tolera solicitările interne și externe care depășesc resursele personale.

1. Strategii de coping – definite ca scheme adoptate de individ pentru a face față evenimentelor stresante:

- **Strategii anticipatorii** – al căror scop este să prevină apariția evenimentelor stresante: tehnici precum relaxarea, meditația, antrenamentul asertiv etc.
- **Strategii de tip „tampon” („buffer”)** – prin care individul creează o barieră între sine și mediul stresant, pentru a preveni efectele integrale ale experimentării stării de stres. În această categorie pot fi incluse mecanisme de apărare precum represiunea și negarea (utile mai ales pe termen scurt, prevenind ca individul să se simtă depășit de evenimentul stresant; pe termen lung, însă, acestea ar putea distorsiona realitatea percepută de individ și ar putea conduce, în felul acesta, la probleme fizice și psihologice generalizate.
- **Strategii reactive** – în care indivizii învață să-și controleze sentimentele, gândurile și experiențele apărute într-o situație de criză.

2. Mecanisme de coping

Oamenii reacționează extrem de divers în cazul apariției unui distress.

În plan mental (cu sau fără implicarea comportamentală), sunt elaborate **strategii adaptative conștiente** care au ca finalitate depășirea, atenuarea sau tolerarea efectelor stresorilor, conducând în final la reducerea tensiunilor interne (distress-ul) induse de o situație potrivnică ce depășește resursele personale ale individului (33).

În funcție de **variabilele de personalitate**, modelate de experiența socială, și de **natura evenimentelor** psihotraumatizante anterioare – depășite sau lăsând urme profunde – ca și de **particularitățile stresorilor „actuali”**, aceste strategii adaptative pot fi clasificate în 3 mari categorii (34):

a) **coping-ul centrat pe problemă (coping vigilant)** – cu asumarea sarcinii de a rezolva situația creată și concretizarea într-un plan final de acțiune (în lipsa posibilității unor rezolvări imediate), care creează subiectului stresat „promisiunea” că totul va fi bine.

Este utilizat în **situațiile potențial reversibile**.

Cuprinde evaluarea în plan mental a unor posibilități avute la îndemână de subiect.

În cadrul acestor conduite, subiectul:

- evocă experiența anterioară (eventuale succese în aceleași situații).
- contează pe suportul social;
- va solicita informații și va căuta mijloace.
- elaborează un plan de acțiune.

Acesta din urmă, **planul de acțiune, este un element central** având rolul de a liniști subiectul din înaintea rezolvării practice a problemei.

b) **coping-ul centrat pe emoție (coping evitant)**, caz în care individul stresat acceptă imposibilitatea rezolvării problemelor sau încearcă o amânare, realizând în schimb o „repliere a forțelor” prin comutarea gândirii într-o altă direcție, ceea ce îi provoacă o relaxare emoțională (deși persistă „ghimpele” problemei ce va fi sau nu posibil de rezolvat ulterior).

Este generat de **situațiile fără ieșire**, ireparabile (decese ale unor ființe apropiate, pierderea unui concurs important etc.). Are un rol pozitiv atunci când

nu depășește o durată rezonabilă de timp (se apreciază, în cazul decesului, de circa 7-10 zile) (34).

Reprezintă o **strategie pasivă, „de uitare“**, evitând confruntarea cu gravitatea situației, subiectul încercând o detentă emoțională prin abandonarea tentativelor de rezolvare a problemei – cel puțin pentru moment – și adoptarea unei strategii defensive constând în:

- negare (conduită parțial conștientă);
- resemnare;
- fatalism;
- agresivitate (aceasta ca o reacție de revoltă oarbă contra destinului).

c) **reevaluarea problemei**: constă în reducerea diferenței – percepute inițial de subiect – între gradul de amenințare și propriile resurse, fapt ce ajută la perceperea situației ca fiind mai tolerabilă („**reinterpretare pozitivă**“, termen folosit de alți autori) (34).

Strategiile de coping se automatizează și pot deveni reflexe condiționate față de diverșii agenți stresori (de exemplu, evitarea unei persoane antipatice sau incomode, devenită reflex).

Importanța studierii mecanismelor de *coping* este extremă deoarece, în orice tentativă pe care dorim să o facem spre a reduce efectele nocive ale distress-ului, este obligatoriu să se țină seama de adecvarea sau inadecvarea acestei strategii adaptative la situațiile stresante electiv pentru subiectul respectiv (decelate de el însuși sau de către psiholog).

Considerăm de interes clasificarea lui Smith și Lazarus din 1993 (35) care descrie implicarea în *coping* a **4 tipuri fundamentale de emoții negative**, relaționate „în cuplu“ cu 4 tipuri de semnificații nocive pentru subiect:

- **supărare** (în accepția autorilor, rezultat al amenințării pierderii stimei de sine și sociale) – învinuirea celuilalt;
- **vinovăția** (încălcarea de către subiect a unor norme morale) – autoînvinuire;
- **frică/anxietate** – pericol/amenințare;
- **tristețe - pierdere** ireversibilă, neajutorare legată de greutatea sau pierderi (persoane dragi, reputație, șomaj).

În ceea ce privește tipurile fundamentale de *coping*, **rezultatele cele mai favorabile în plan fiziologic au fost obținute prin utilizarea combinată a ambelor tipuri de coping, cu includerea solicitării suportului social și a reevaluării cognitive a problemelor** (32).

Tipurile de *coping*, analizate dintr-o perspectivă mai largă, sunt mult mai numeroase decât cele 3 „fundamentale“ descrise mai sus. În *tabelul 7* figurează câteva dintre clasificările „clasice“ și mai recente (2, 12, 32, 36, 37, 38).

Tabelul 7. Tipuri de *coping* în literatura consacrată stresului psihic
(sinteză după Iamandescu – 2002) (2)

Lazarus și Folkman (1984)	Carver și colab. (1989)	Endler și colab. (1998)	Smith (1989)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Confruntare 2. Distanțare 3. Autocontrol 4. Căutarea suportului social 5. Asumarea responsabilității 6. Evadare/evitare 7. Rezolvare planificată a problemei 8. Reevaluare pozitivă 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Coping</i> activ 2. Planificare 3. Eliminarea activităților concurente 4. Reținere de la acțiune 5. Căutarea suportului social instrumental 6. Idem SS emoțional 7. Reinterpretare pozitivă 8. Acceptare 9. Negare 10. Descărcare emoțională 11. Apel la religie 12. Pasivitate mentală 13. Pasivitate comportamentală 14. Apel la alcool și la medicamente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientare spre sarcină 2. Orientare spre emoție 3. Orientare spre evitare 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluare primară (aprecierea proprietăților AS) - relevanța emoțională (tema interesează sau nu subiectul) - congruență motivațională (evenimentul este favorabil sau nefavorabil) 2. Evaluare secundară („cântărirea” propriilor situații) - atribuirea responsabilității (persoana care va fi blamată sau creditată) - <i>coping</i> centrat pe emoție (idem) - așteptări viitoare (posibilitatea ca situația să se schimbe)

Partea a II-a

Mecanisme protectoare antidistress și de risc pentru apariția stresului

A. Protecția față de stres (reziliența)

1. Conceptul de reziliență

Analiza factorilor biopsihosociali care predispun la „intrarea în stres” facilă și, de asemenea, la răspunsuri negative la stres – soldate adesea cu îmbolnăviri – a condus la formula consacrată a „vulnerabilității la stres”.

Această caracteristică profund dezadaptativă a ființei umane va fi tratată în capitolul următor.

Dacă datele din literatură abundă în privința vulnerabilității la stres – datorită nevoii stringente de a contracara factorii de teren psihici și sociali care – alături de cei biologici – predispun la distress, în schimb, evidențierea factorilor protectori s-a realizat mai lent, adesea prin contrast cu fiecare tip de stres.

Dar acești factori protectori sunt expresia unei capacități generale de a face față distress-ului, denumită **reziliență**, ale cărei rădăcini sunt atât genetice cât și psihosociale. Referitor la componenta genetică a rezilienței, ea se manifestă [cf. Rutter cit. de Muntean (39)] prin reacții neurofiziologice de răspuns la schimbările brutale și surprinzătoare ale mediului – generatoare de distress – dar și prin componente „de supraviețuire” sau de menținerea pe linia unei adaptări adecvate la provocările stresorilor de intensitate crescută și cu acțiune persistentă.

Antonovski (40), creatorul conceptului de „**simț al coerenței**”, a sistematizat aceste trăsături de personalitate într-un comportament de rezistență extremă la distress-uri devastatoare – așa cum au avut de înfruntat supraviețuitorii lagărelor de exterminare naziste – și manifestat prin 3 dimensiuni:

- „comprehensibilitate” (înțelegerea datelor esențiale ale problemelor cu care se confruntă și a locului individului în rețeaua de evenimente și persoane din timpul și din jurul său);
- resursele și capacitatea de a se „descurca” – prin forțe proprii, dar și cu ajutorul suportului social (*manageability*);
- implicarea, capacitatea de „a pune suflet” în tot ceea ce face (*meaningfulness*).

De fapt, acest „simț al coerenței” a fost prezent și la foștii deținuți politici supraviețuitori ai închisorilor comuniste de la noi, precum și la veteranii (cu vârsta peste 90 de ani) celor două Războaie Mondiale.

Încercând o definiție a acestui concept de reziliență, o vom cita pe cea dată de Ana Muntean (39): „capacitatea persoanei de a supraviețui și chiar de a se dezvolta în urma evenimentelor distructive la care a fost expusă”.

Șerban Ionescu (41) subliniază un aspect al rezilienței concretizat prin „dezvoltarea personală a individului datorită sporirii creativității și a încrederii în „forțele proprii”.

1.1. Factorii genetici

Factorii genetici au rol extrem de important, mai ales că prezența unor **trăsături „imunogene”** de personalitate se asociază nu numai cu o imunitate solidă, ci și cu un **teren somatic indemn**, fără o zestre genetică precară (cardiopatii, diabet, neoplazii etc.).

Corelatele biologice ale rezilienței au fost evidențiate de către Charney și colab. (42) la nivelul unor structuri cerebrale precum amigdala, nucleul acumbens și cortexul prefrontal medial.

1.2. Factori psihologici (enumerare)

- **Trăsăturile imunogene** reprezintă un grup de aptitudini biopsihosociale ale individului de a înfrunta greutățile vieții prin interacțiuni pozitive cu ceilalți membri ai societății și prin evaluarea adecvată a stresorilor în raport cu resursele personale. Aceste trăsături se corelează în plan psihofiziologic cu o imunitate solidă care oferă un suport biologic menit să asigure supraviețuirea în condiții adverse extreme naturale și sociale. Ele sunt reprezentate de: optimism, robustețe, umor, autoeficacitate, loc de control intern, simțul coerenței, și vor fi tratate într-un paragraf separat.
- **Extraversie** – favorizează comunicarea.
- **Flexibilitate cognitiv-comportamentală;**
- **Comunicabilitate** – înlesnește accesul la suportul social.
- **Capacitate de verbalizare a emoțiilor** – detensionează psihicul în cazul persistenței acțiunii stresorului.
- **Comportamente salutogenetice autoinduse, inclusiv activitate fizică.**
- **Spirit cooperant, altruist, receptiv la sugestii (inclusiv autocritic).**
- **Autostimă, încredere în forțele proprii, previne distress-urile „gratuite”.**
- **Asertivitate** (autenticitate, capacitate de expunere deschisă a dorințelor, a opiniilor, a drepturilor etc.).

1.3. Realizarea echilibrului între nivelul de aspirații (NA) și nivelul de posibilități (NP)

Conform psihologiei dinamice, orice individ ar trebui, pentru a atinge un prag de împlinire sau măcar de mulțumire în legătură cu viața sa, să-și evalueze și re-evalueze periodic raportul NA vs NP. Există patru posibile raporturi:

a) $NA \gg NP$ – soldat fie cu **frustrarea** individului, cauzată de faptul că-și propune mai mult decât poate, fie cu suprasolicitarea determinată de mulțimea sarcinilor necesare îndeplinirii scopurilor.

b) $NA < NP$ – individul își **propune mai puțin decât poate**, fiind predispus la stres prin subsolicitare și, consecutiv la depresie.

c) $NA = NP$ – situație **aparent optimă**, dar care în timp duce la plafonare, subiectul nepropunându-și niciodată mai mult decât poate (sinonim cu resemnarea).

d) $NA > NP$ – **situație ideală**, persoana propunându-și doar cu puțin mai mult decât poate, lucru extrem de benefic pentru progresul și satisfacțiile subiectului, deoarece își poate îmbunătăți performanțele avansând treptat, fără eforturi costisitoare.

1.4. Factori sociali („interiorizați” în cursul vieții)

1. „Nișă ecologică” (43) favorabilă ansamblului de relații sociale determinate de poziția sa în familie, profesie, societate, ce îi oferă o „nișă” în care se simte bine, și care produce un tonus afectiv pozitiv al individului.

2. Experiențe ale unor bune legături primare (materne).

3. Interacțiuni și legături afective pozitive în copilărie (3, 44).

4. Substituire adecvată (de exemplu, bunici, adopții etc.) a acestor legături, în cazul pierderii/absenței părinților.

5. Atmosferă familială liniștită, armonioasă (în special într-o familie lărgită).

6. Aprobare (apreciere) socială.

7. Statut material superior (igienă, educație școlară, educație medicală, nivel scăzut al stresului grijilor materiale, cu posibilități superioare de îngrijire medicală etc.).

8. Satisfacție profesională.

9. Experiențe psihosociale pozitive (inclusiv hobby-uri, eustress-uri majore sau frecvente, contactul cu arta etc.).

10. Influențe educaționale (familiale, școlare, academice, autodidactice) favorabile.

1.5. Nevoi psihologice fundamentale (Linton) (45) satisfăcute

- Nevoia de securitate pe termen lung.
- Nevoia de afiliere.
- Nevoia de noutate a experienței.

1.6. Capacitatea și posibilitatea de utilizare adecvată a suportului social

Aici distingem 4 tipuri:

- emoțional;
- informațional;
- material;
- de stimă socială (prestigiu).

2. Mecanisme de apărare (defensive, „abwehr“)

2.1. Caractere generale

- Caracter inconștient având rolul de a minimaliza gravitatea unei situații generatoare de stres.
- Distorsionarea realității – „după cum ar vrea sau crede”.
- Reprezintă un mod de adaptare.
- Apar ca fiind ciudate pentru un observator extern.
- Exprimă un conflict psihologic intern.

2.2. Clasificare (Vaillant) (46)

2.2.1. Mecanisme de apărare mature

- **Umorul** – dispoziție afectivă orientată spre latura bună și/sau comică a situației;
- **Reprimare** – evitarea intenționată a reamintirii unor emoții sau dorințe.
- **Altruismul** – ca atitudine opusă unei dorințe refulate (opusă egoismului).
- **Sublimarea** – manifestarea dorințelor într-o manieră acceptată social (de ex. pulsioni sexuale exprimate prin intermediul artei).

2.2.2. Mecanisme de apărare nevrotice

Regresia reprezintă adoptarea unor comportamente de tip infantil dominate de dependența față de cei din jur, protectori (inclusiv medicul, spitalul), scutind de griji și responsabilități pe individul stresat.

Negarea – a fost definită de Weisman și Hackett (cit. 47) ca „o respingere (repudiare) parțială sau totală a semnificațiilor unui eveniment care ar putea genera frica, anxietate sau alte emoții neplăcute”. Este un fel de „autoamăgire” prin ignorarea/ocolirea aspectelor negative ale situației similară cu „politica struțului”.

a) Efectele favorabile

- Creșterea calității vieții (Goldbeck cit. de 48).
- Oferă posibilitatea acceptării gradate a unui diagnostic (ibidem).
- Pacienții care – de teama unui diagnostic sever/ fatal – solicită medicului să nu fie informați despre diagnosticul pentru care sunt internați, dar care se obligă să urmeze fără nicio abatere indicațiile medicului (2).
- Evoluția favorabilă a unor bolnavi „mari negativiști” (termen propus pentru *major deniers*), care au avut de tratat angina instabilă, externați după infarct miocardic sau cei aflați în recuperare postoperatorie, inclusiv după transplant cardiac [observații personale sau relatate din literatură de către Levenson (48)].

b) Efectele nefavorabile

Fritzsche (8) identifică în bolile cu amenințare vitală următoarele efecte:

- **negarea „cognitivă” a bolii** – conduce la negarea (neacceptarea) diagnosticului și a tratamentului, dar și la minimalizarea simptomelor;

- **negarea perspectivelor nefavorabile** ale bolii;
- **așteptări nerealiste** referitoare la efectele medicamentelor;
- **negarea necesității tratamentului**, conducând la noncompliance;

În concluzie, **negarea prezintă avantajele procurării unui confort psihic cu toate consecințele decurgând din această păstrare a echilibrului emoțional, de o valoare adaptativă reală numai atunci când este cuplată cu strategiile alternative de coping (48).**

3. Autoevaluarea pozitivă a resurselor personale – trăsături imunogene de personalitate

Reprezintă un grup de trăsături cognitive-atitudinale reflectând o atitudine generală față de viață a individului și fiind corelate cu „tonusul funcțional al sistemului imun”.

Mentalitatea pozitivă a unui individ, de abordare a situațiilor stresante, înseamnă o **activare a resurselor sale, cu referire la capacitățile, motivațiile și relațiile individului** (Fritzsche, ibidem).

3.1. Optimismul

Constituie o componentă atitudinală a „gândirii pozitive care ne permite să descoperim mai ușor soluțiile și aspectele pozitive ale situațiilor cu care suntem confrunțați” (49).

Acționează în două direcții – **minimalizarea gravității evenimentelor și supraestimarea propriilor resurse de a le face față**. În plus, **umorul** este o strategie de ajustare capabilă, și ea, de a reduce impactul evenimentelor stresante. Optimismul și umorul ar avea o valoare predictivă pentru longevitate (50) și ar constitui un factor prognostic pentru evoluția favorabilă a unor boli cum este cancerul (51).

3.2. Rezistența (robustețea)

Cunoscută în varianta engleză sub termenul de *hardiness*, sau, în franceză, *endurance*, reprezintă o aptitudine a individului de a fi neobosit, implicându-se în activități diverse cu multă energie, curiozitate, gust pentru risc și gust pentru schimbare.

Prezintă 3 componente: **controlul perceput al evenimentelor, sfidarea dificultăților și implicarea**, dintre care doar prima pare să fie predictivă pentru o sănătate bună ulterioară (52).

3.3. Locul de control intern (LCI)

Este sinonim cu mentalitatea individului conform căreia tot ce i se întâmplă i se datorează lui, în bună măsură (nu și destinului!) și că această responsabilitate îl obligă să acționeze energic pentru îndreptarea unor situații nefavorabile, neașteptând de la alții rezolvarea.

Este corelat cu o durată mai mare de viață și cu o sănătate mai bună. Acest atribut sanogenic al LCI se justifică, printre altele, prin creșterea responsabilității

pentru propria sănătate, dar o mulțime de experimente susțin corelația sa pozitivă cu un nivel crescut al imunității.

LCI este „inclus” în autoeficacitate și – parțial – în simțul coerenței.

3.4. Autoeficacitatea (Bandura) (53)

Reprezintă o viziune a unui individ asupra evenimentelor stresante:

- se consideră că evenimentele cu rol stresant pot fi modificate, chiar preîntâmpinate de către orice individ (controlul intern al stresului), ele nefiind la discreția întâmplării;
- subiectul apreciază – în virtutea unei încrederi în forțele proprii – că poate stăpâni sau limita acțiunea nocivă a unor astfel de evenimente.

Se corelează în mod constant cu o bună stare de sănătate.

3.5. Simțul coerenței (Sense of coherence)

SOC reprezintă o trăsătură majoră imunogenă care măsoară resursele sănătății unui individ. A fost prezentat într-un paragraf precedent.

3.6. Umorel

Fără a intra în detalii asupra cauzelor care produc apariția râsului (exploziv și/sau prelungit) – cauze ce au fost discutate de autori celebri ca Bergson (54) și Freud (56) – trebuie spus că aptitudinea de „a avea umor” (de a găsi elemente comice) într-o variată gamă de situații și relații, chiar și în cele negative, este considerată ca o trăsătură de personalitate imunogenă (desigur în interacțiune cu factori genetici sau dobândiți).

Efectul cel mai frecvent al humorului este râsul, proces fiziologic care activează peste 60 de funcții ale organismului.

Un efect destul de apropiat îl are chiar simplul zâmbet, fiind demonstrat efectul tip feedback (exploatat de către tehnicile de biofeedback) realizat prin declanșarea unei emoții de către mimarea acelei emoții, inclusiv a efectelor sale psihosomatice.

Nu trebuie neglijat efectul râsului în plan psihologic deoarece el are o acțiune multiplă – efect antidistresor – prin decuplarea, în plan mental, de acțiunea agenților stresori, dar și efecte de **creștere a funcțiilor cognitive** (atenție, memorie, imaginație – creativitate) și a celor afective (disipează anxietatea, crisparea sau „acoperă” timiditatea etc.).

4. Conduite sanogenice generale

4.1. Conduite proeustress

Sunt reprezentate de:

- cultivarea eustress-ului (**conduite active** „încununate” de eustress) ca de exemplu excursii, hobby-uri variate etc.;

- procurarea de eustress-uri (**colecționarea** de plăceri/stimulente, în „doze rezonabile”) cum este cazul vizionării emisiunilor TV, satisfacerea unor gusturi culinare sau vestimentare. Adeseori eustress-urile pot contribui la reducerea efectelor unui distress major, inclusiv permițând o reevaluare pozitivă a situației stresante.

4.2. Conduite sanogenice

Referitor la conduitele sanogenice, acestea au fost evaluate și chiar codificate [v. chestionar Steptoe și Wardle – cit. de Băban (56)] în ultimii ani, constituind unul dintre subiectele majore ale psihologiei sănătății. Pentru a nu extinde abuziv acest subcapitol, vom încerca doar să includem principalele conduite în *tabelul 8* și să accentuăm ideea că **individul care se conformează acestor norme este mult mai protejat** față de SP declanșate de principalele boli și accidente implicate în scăderea duratei medii de viață.

Tabelul 8. Conduite sanogenice contemporane la adultul sănătos (Iamandescu, 2005) (57)

<p>1. Deprinderi zilnice</p> <ul style="list-style-type: none"> - igienă bucală - mic dejun - activitate zilnică (gimnastică, mers pe jos) - somn suficient <p>2. Dietă</p> <ul style="list-style-type: none"> - trei mese principale (inclusiv micul dejun) + 1-2 gustări - normocalorică - de preferat: alimente vegetale, bogate în fibre, carne albă (pește, pui) - limitare consumului de grăsimi animale, carne roșie, dulciuri, conservanți, sare, zahăr - proaspete sau fierte (≠ prăjire, congelare) - apă și lichide suficiente – dimineața la trezire și între mese - consum moderat de alcool și de cafea <p>3. Conduite preventive față de „accidente“</p> <ul style="list-style-type: none"> - auto: centură, ≠ viteză, alcool - ≠ expunere prelungită neprotejată la soare (orele 10.00-16.00) - boli venerice: prezervativ - boli infecțioase severe: evitarea contactelor 	<ul style="list-style-type: none"> - sarcini nedorite: contracepție dirijată medical <p>4. Evitarea unor excese</p> <ul style="list-style-type: none"> - alcool - medicamente „uzuale” (antialgice, somnifere) - alimente preferate (mese panta-gruelice) - nopți nedormite (inclusiv studiu, gărzi etc.) - muncă prelungită la domiciliu <p>5. Examine medicale periodice</p> <ul style="list-style-type: none"> - stomatologice - ginecologice (inclusiv Papanicolaou) - urologice (adenom de prostată) - controlul tensiunii arteriale <p>6. Autoexaminări</p> <ul style="list-style-type: none"> - controlul greutății - autoexamenul sânilor (lunar) - autoexamenul testiculelor <p>7. Interdicție totală</p> <ul style="list-style-type: none"> - tutun - droguri - antibiotice sau psihotrope, „după ureche“ - utilizarea obiectelor de igienă personală ale altei persoane (pieptene, prosop, batistă)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bibliografie

1. Selye H. (1957) – *The stress of life*, Longman, Green, London.
2. Iamandescu I.B. (2002) – *Stresul psihic din perspectiva psihologică și psihosomatică*, Ed. Infomedica.
3. Fritzsche K. (2006) – În Fritzsche K. und Wirsching M. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Springer, Heidelberg.
4. Lazarus R.S., Folkman S. (1984) – *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Springer.
5. Iamandescu I. B. (1993) – *Stresul psihic și bolile interne*, vol. I, ed. All.
6. Von Eiff A. (1984) – Zur Psychologie und Klinik des stres – *Therapiewoche*, 34, 52, 7192 – 7194.
7. Buddeberg C., Willi J. (1998) – *Psychosoziale Medizin*. Springer Berlin, Heidelberg.
8. Riga S, Riga D. (2008) – *Stresologie, adaptologie și sănătate mintală*. Ed. Cartea Universitară, București.
9. Derevenco P., Anghel I., Băban A. (1992) – *Stresul în sănătate și boală*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca.
10. Hăulică I. (1985) – Stresul între sănătate și boală. *Muncitorul Sanitar*. 18 Mai.
11. Petzold E.R., Studt H.H. (2000) – *Psychotherapeutische Medizin*. Walter de Gruyter Berlin.
12. Bennet P. (2000) – *Introduction to clinical health psychology*, Ed. Open Univ. Press, Buckingham, Philadelphia.
13. Ryff C.D. (1989) – Happiness is everything or is it? Exploration of meaning of psychol well-being. *J.Pers. Soc. Psychol.* 57, 1069-1081.
14. Fava G.A., Sonino N., Wise T. (2012) – *The Psychosomatic Assesment*. Karger, Basel.
15. Errikson M., Lindstrom B. (2006) – Validity of Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J. Epidemiol Community Health*. May 2006; 60(5): 376–381.
16. Rafanelli C., Ruini C. (2012) – *Assesment of Psychological Well-Being in Psychosomatic Medicine*. In Fava GA, Sonino N., Wise T. (2012) – *The Psychosomatic Assesment*. Karger, Basel.
17. Ryff C.D., Keys C.L. (1995) – The structure of psychological Well-Being revisited. *J. Pers. Soc. Psychol.* 69, 719-27.
18. Fava G.A., Tomba E. (2009) – Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapy methods. *J. Pers.* 1903-1934.
19. Schmutte P.S., Ryff C.D. (1997) – Personality and well-being: Methods and meanings. *J. Pers. Soc. Psychol.* 549-559.
20. Spiegel D. (2011) – Mind and matters in cancer survival. *J.A.M.A.*; 305, 502-503.
21. Luban-Plozza B., Pozzi U., Carlevaroc T. (2000) – *Conviețuirea cu stresul*, Ed. Medicală, București.
22. Ionescu G. (1990) – *Psihoterapia*. Ed. Șt. Enciclop. București.
23. Maj M. (2007) – Are we able to differentiate between true mental disorders and homeostatic reactions to adverse life events? *P. Psychother. Psychosom.*, 76, 257-259.

24. Dongier M. (1969) – *Nevroses et troubles psychosomatiques*. Dessart, Bruxelles.
25. Hinkle L.E. (1974) – The concept of stress in the biological and social sciences. *Int. Psychiat. Med.* 5, 535.
26. Sells S.B. (1970) – On the nature of stress, p. 134-139. In: McGrath J.E. (ed.) *Social and psychological factors in stress*, New York, Holt, Rinehart and Winston.
27. Toffler, A., (1974) – *Șocul viitorului*, Ed. Politică, București.
28. Holmes T.H., Rahe R.H. (1967) – The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.* 11, 213-218.
29. Lindemann H. (1994) – *Das erfolgreiche Antistress Programm* Orbis Verlag, München.
30. Theorell T. (2012) – *Evaluating life changes and chronic stressors in relation with Health*. pp. 58-91 in Fava G.A., Sonino N., Wise T. (2012) – *The Psychosomatic Assessment*. Karger, Basel.
31. Floru R. (1974) – *Stresul psihic*, Ed. Științifică Encicloped. București.
32. Lazarus, R.S. & Folkman, S., (1999) – „*The Concept of Coping*“ in *Stress and Coping: an Anthology*, New York, Columbia University Press.
33. Lazarus RS (1991) – *Emotion and adaptation*. University Press. Oxford.
34. Dantzer R. et. Goodal G. (1994) – Psychobiologie du stress, p. 156-182. În: Bouchon-Schweitzer Marilou, Dantzer R. – (1994) – *Introduction dans la psychologie de la santé*. Presse Univ. France, Paris.
35. Smith C.A., Lazarus R.S. (1993) – Appraisals, components, correlational themes and the emotions. *Cognition and Emotion*. 7, 233-269.
36. Carver C.S. et al. (1989) – Assessing coping strategies: a theoretically base approach. *J. Pers. Soc. Psychol* 56, 267-83.
37. Endler N.S. et al (1998) – Coping with health problems. *Psychol. Assessment*. 10, 195-205.
38. Smith T.W., Pope K. Rhodenwalt and Poulton J.I. (1989) – Optimism, neuroticism, coping and symptoms reports: an alternative interpretation of life optimism. *J. Pers. Soc. Psychol.* 56, 640-648.
39. Muntean A. (2011) – Reziliența, 237-323 în A. Muntean și A. Munteanu. *Violență. Traumă. Reziliență*. Ed. Polirom Iași.
40. Antonovski A. (1993) – The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc. Sci. Med.* 36, 725-733.
41. Ionescu Ș. (2008) – Al treilea Forum Internațional: Securitate psihologică, traumă, reziliență. Bulgaria.
42. Charney D.S. (2004) – Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability. *Am. J. Psychiatry*, 161, 195-216.
43. Willi J., Heim E. (Hrsg) (1986) – *Psychosoziale Medizin*. Bel I Grundlagen. Springer. Berlin.
44. Buddeberg C., Willi J. (1998) – *Psychosoziale Medizin*. Springer Berlin, Heidelberg.
45. Linton R. (1968) – *Fundamentul cultural al personalității*. Ed. Științifică și Enciclopedică., București.
46. Vaillant G.E. (1993) – *The Wisdom of the Ego*. Cambridge. MA, Harvard University Press.

47. Groves M.S., Muskin PR. – Psychological Responses to Illness. În J.B. Levenson. *Textbook of Psychosomatic Medicine*. Amer. Psychiatric Publishing. Inc. Washington DC.
48. Levenson J.L., Mishra A., Hamer R.M., et al (1989) – Denial and medical outcome in unstable angina. *Psychosom. Med.* 51:27-35.
49. Holdevici Irina (2000) – *Gândirea pozitivă*. Drago-Print. București.
50. Matlin M. (1992) – *Psychology*. Harcourt Brace. College Publishers.
51. Levy-Leboyer, C.L. (1996) – *Evolution du personnel*, Les Editions d'Organisation, Paris.
52. Brouchon-Schweitzer Marilou, Dantzer R. (1994) – *Introduction dans la psychologie de la santé*. Presse Univ. France, Paris, 13-42.
53. Bandura, A. (1978) – Self-efficacy mechanism in human agency, *American Psychologist*, 122-147.pp. 37.
54. Bergson H. (1998) – *Teoria râsului*. Ed. Institutul European București.
55. Freud S. (1992) – *Introducere în psihanaliză. Psihopatologia vieții cotidiene*. Ed. Didactică și Pedagogică. București.
56. Băban A. (1998) – *Stres și personalitate*. Editura Presa Universitară Clujeană.
57. Iamandescu I.B. (2005) – *Psihologia Sănătății*. Ed. Infomedica, București.

CAPITOLUL 4

STRESUL PSIHIC (II)

B. Vulnerabilitatea la stres

Ioan-Bradul Iamandescu

Vulnerabilitatea la stres reprezintă un **ansamblu de parametri biologici, psihologici și sociali** capabili să favorizeze instalarea, amplitudinea, persistența și consecințele negative ale distress-ului la un individ.

De la început, trebuie precizat faptul că, cel mai adesea, stresul psihic nu afectează starea de sănătate datorită eficienței mijloacelor adaptative ale organismului.

Totuși, reacția de stres poate afecta **sănătatea la nivelul unui *locus minoris resistentiae*** (locul minimei rezistențe) reprezentat de țesuturi, organe și aparate cu o fragilitate morfo-funcțională indusă **genetic** sau **dobândită** prin agresiuni fizice, chimice și microbiologice.

Există, în cazul acțiunii patogenetice a stresului psihic, o serie de condiții de apariție **dependente de calitățile stresorilor** (intensitate, durată, bruschețe) și **particularitățile individului „agresionat”** (vulnerabilitate generală și ocazională la stres), ca și de **semnificație electivă** față de anumiți stresori (de exemplu, un poet „refuzat”).

Nu toți subiecții supuși acțiunii unui stresor reacționează la fel, conform butadei lui Selye (1) „**nu contează ce ți se întâmplă, ci cum reacționezi la ce ți se întâmplă**” ca de exemplu, în cazul pierderii unei sume moderate de bani: săracul sau bogatul zgârcit vor fi cu mult mai stresați în raport cu o persoană înțeleaptă și cu un nivel material satisfăcător.

Factorii care conferă o vulnerabilitate la stres sunt de **natură psiho-individuală, psihosocială, biologică și conjuncturală**.

Sunt reprezentați, de regulă, de **factorii opuși** celor cu efect protector, dar acțiunea lor este amplificată de acțiunile nocive ale **factorilor organo-specifici**, termen introdus de Iamandescu (2) spre a desemna excitanții fizici, chimici și microbiologici cu tropism patogen pentru anumite organe. Exemple: fumatul (pentru bronhii, stomac, coronare etc.), polenul, ca alergen (nociv pentru căile respiratorii, conjunctiva oculară, tegumente etc.), aspirina (pentru stomac, tegumente,

bronhii etc.) și infecțiile viro-bacteriene (pentru mucoase și tegumente etc.). El **se exprimă adeseori în plan comportamental**, în interacțiunea subiectului cu ceilalți indivizi (de exemplu, fumatul – imitație, alcoolul – stări conflictuale etc.).

În plan mental – acolo unde se produce, de fapt, stresul – pot exista trăsături particulare care permit mai ușor „intrarea în stres” a unui individ, având un rol permisiv pentru acesta.

Vom clasifica componentele vulnerabilității la stres astfel:

- 1 – factorii psihologici;
- 2 – factorii sociali (comportamente generale de interacțiune socială și factori profesionali);
- 3 – factorii biologici = încărcarea allostatică.

1. Factorii psihologici

1.1. Considerații generale

a) **La copil**, vulnerabilitatea la distress se poate instala precoce pe fondul unui **teren psihic indus genetic** (similitudinea aptitudinală și comportamentală a descendenților cu părinții), dar și **rezultatul unor traume psihice ale mamelor gravide sau al unei comunicări („atașament”) reduse sau defectuoase cu mama la vârsta sugarului sau a copilului mic** (3).

b) **La adult** este condiționată, în primul rând, de experiența emoțională și socială a copilului mic, dar și de interacțiunile psihosociale din viața adultă dominată de factorii profesionali și familiali în contextul unor valori socio-culturale și spirituale cu rol reglator.

În cele ce urmează vom analiza succint fiecare dintre aceste trăsături cu excepția anxietății și a depresiei cărora li se vor acorda capitole separate.

1.2. Introversia

Clasificarea oamenilor în introvertiți și extrovertiți efectuată inițial de Jung a fost reluată ulterior de Eysenck (4) creatorul unei tipologii pe două axe: introversie-extraversie și neuroticism, care delimitează patru tipuri de personalitate coincidând cu tipurile clasice (hippocratice) de temperament.

Introvertitul este caracterizat printr-un comportament liniștit, retras, circumspect cu majoritatea oamenilor, exceptând persoanele foarte apropiate; acționează ordonat, planificat, sub imperative etice profesionale și sociale, ceea ce îi conferă o scrupulozitate maximă.

Controlul sever al exteriorizării sentimentelor, cu o **comunicare mai scăzută cu cei din jur îl fac vulnerabil față de stresorii** care, adesea, îl surprind nepregătit și îl fac să se consume la interior.

În plus, așa cum susțin Eysenck și Rachmann (4), introvertiții **formează reflexe condiționate mai rapid** decât extrovertiții, ceea ce sugerează că – în cazul unor experiențe stresante individuale – se poate induce ulterior, acestor subiecți, un distress suplimentar, declanșat la excitanții condiționali ai stresorilor inițiali.

De asemenea, în condiții de competiție, introvertitul se stresează mai ușor din cauza unui contact interpersonal mult mai redus decât la extroverți, ceea ce îi crește și mai mult responsabilitatea în efectuarea sarcinilor (5, 6).

1.3. Neuroticismul

Neuroticismul reprezintă cea de-a doua latură a personalității în cadrul modelului propus de Eysenck și se referă la instabilitatea emoțională a indivizilor aparținând la acest tip care prezintă o predispoziție constituțională de a **reacționa puternic prin sistemul autonom simpatic**, cel care intră primul în rezonanță la acțiunea variațiilor stresori.

Atunci când neuroticismul se combină cu introversia, avem în față un individ clasificat în rândul temperamentului melancolic, caracterizat prin excitabilitate/neliniște, explozii impulsive și, uneori, agresive – toate aceste însușiri fiind specifice unei facile „intrări în stres”.

1.4. Rigiditatea psihică

Rigiditatea psihică, opusă flexibilității, crează o vulnerabilitate la distress-ul organizațional (5) prin aceea că rigidul persistă în principii și opinii dogmatice, ca și în reflexe fixate, nefiind receptiv la ideile noi (pentru care nu va părăsi vechile sale principii). În dinamica profesională el nu se adaptează la noile atribuții, manifestând – în schimb – intoleranță și fermitate față de cei în dezacord cu opinia sa. El se izolează de cei din jur de dragul ideii de a fi drept – chiar dacă știe că nu va fi agreabil.

1.5. Toleranța la frustrare

Toleranța la frustrare este un adevărat „cântar” pentru evaluarea stresului, existând o relație invers proporțională cu aceasta. Potrivit teoriei psihologiei dinamice a lui K. Lewin, toleranța la frustrare ia naștere din neconcordanța dintre **nivelul de aspirație și posibilitățile** individului; ambele depind de zestrea genetică a individului, dar și de factorii sociali sau conjuncturali – care le pot modifica substanțial – precum și de posibilitățile de autoevaluare lucidă ale individului. La nivel de colectivitate, un sistem social-politic – în special bazat pe corupție generalizată – poate induce o stare de frustrare națională, cum este cazul țării noastre în ultimii 25 de ani.

1.6. Ostilitatea, agresivitatea, interiorizarea furiei

- **OSTILITATEA** = trăsătură de personalitate -> pattern obișnuit (cognitiv, emoțional, comportamental) de relaționare cu ceilalți prin neîncredere, pesimism, ridiculizare, antagonism + predispoziția spre reacții de tip iritativ, și dușmănie în situații frustrante (7).
- **AGRESIVITATEA** = comportamente verbale sau fizice cu intenția de a lovi/maltrata sau jigni o altă persoană sau mai multe (8). Tendința frecventă la acte agresive generează distress-uri în mod facil.
- **FURIA** = emoție negativă violentă, însoțită de corelate somatice ample, cu o durată prelungită și având o expresie verbală mai intensă decât alte emoții.

fiind însoțită de o activare simpato-adrenergică importantă. Ea apare ca o reacție de afirmare zgomotoasă a unor intenții agresive sau de oprire a unor acțiuni nedorite și poate conduce la perturbarea importantă, uneori ireversibilă a unor relații personale, dar și la distrugeri de bunuri materiale sau chiar la decesul adversarului. Fiind cea mai periculoasă reacție afectivă și comportamentală, furia devine o **problemă pentru sănătatea psihică sau fizică** (accidente cardiovasculare) în cazul când ea nu poate fi exprimată într-un mod adaptativ, fără consecințe negative pentru individ sau adversar. Dornelas (8) consideră că furia devine o problemă serioasă când ea se exprimă, fie sub forma dezinhibiției (dezlănțuiri verbale sau fizice), fie sub forma unei superinhibiții (liniștire forțată prin eforturi mari de voință sau dușmănie/ură). Această **interiorizare a furiei** (*Anger-in*) devine un factor favorizant pentru apariția infarctului miocardic sau a accidentelor vasculare cerebrale, iar forma de risc maxim este **ruminația supărării**, tendința de a gândi obsesiv la situația cauzală multă vreme de la momentul producerii. De asemenea, interiorizarea furiei a fost evidențiată ca trăsătură net favorizantă pentru apariția infarctului miocardic, în cazul hipertensivilor posesori ai tipului comportamental A (9). Acest studiu a confirmat aprecieri mai vechi privind rolul acestui afect în evoluția cardiopatiei ischemice, inclusiv debutul infarctului miocardic indiferent de preexistența hipertensiunii arteriale, în special după evaluarea rezultatelor celebrului studiu Framingham.

1.7. Iritabilitatea („dispoziție iritabilă”, „nervozitate“)

Este starea afectivă exprimată prin episoade scurte sau persistentă (generalizată), necesitând un efort crescut pentru controlul ei, fără ca manifestarea să deschisă (față de alte persoane) să aibă efectul catarhic pe care îl au, de exemplu, izbucnirile de furie, ceea ce o face neplăcută pentru subiect (10).

Pentru subiectul însuși cât și pentru cei care îl observă este evident faptul că procesul de toleranță față de stresuri minore este foarte scăzut și că reacția subiectului la acestea poate fi manifestată ca o stare de supărare „scurtă”, mocnită – generând o tensiune internă resimțită penibil – dar poate să îmbrace forma unor izbucniri scurte de furie – cu expresie verbală sau comportamentală – diferind, ca amplitudine și durată, de accesele de furie.

În viața de toate zilele, la indivizii (încă?) sănătoși iritabilitatea poate constitui o **trăsătură a personalității** fără asocierea unei boli somatice sau psihice.

Ea poate fi indusă și parțial justificată de prezența unor simptome supărătoare (de exemplu, o nevralgie dentară) și de situația de bolnav (în special spitalizat) – ca o reacție la boală – dar poate fi generată direct, prin mecanisme hormonale, într-o serie de boli endocrine, și este prezentă frecvent în bolile de nutriție (*anorexia nervoasă, bulimia*), sindroame dureroase, examenul prenatal în cadrul unor proceduri diagnostice și *tratamente medicamentoase* (date din literatură citate de 11). În bolile psihosomatice digestive iritabilitatea poate fi confirmată prin fibrogastroscoapie (12) și este considerată – alături de *anger* – un predictor al severității tulburărilor funcționale gastrointestinale.

Un rol major, ușor de înțeles, este cel jucat de iritabilitate în adoptarea unor dependențe de alcool și fumat (Miller și colab. cit. de 11).

Criteriile diagnostice pentru cercetarea psihosomatică (DCPR) pe care trebuie să le îndeplinească iritabilitatea (*irritability, irritable mood*) sunt următoarele (13):

A1 – stare afectivă negativă conștientizată de subiect chiar dacă acesta nu este capabil să o controleze;

A2 – descărcări scurte agresive verbale sau comportamentale;

B – comportamentul agresiv nu are un efect catarhic pentru subiect (nu îl „răcorește”, cum se întâmplă în cazul unei descărcări de furie);

C – prezența unor simptome acute neurovegetative (în special tahicardie și, uneori, creșteri tensionale, dar și tulburări vasomotorii precum eritemul facial, transpirații etc.).

Se poate deduce din prezentarea acestei trăsături afective negative că ea este un factor extrem de permisiv pentru instalarea distress-ului cu toate consecințele nocive ale acestuia pentru sănătate în general și asupra aparatului cardiovascular, în special în cazurile în care o serie de BCV s-au instalat deja (de exemplu, infarct miocardic, HTA, insuficiență cardiacă) și în chirurgia cardiacă.

1.8. Epuizarea (exhaustion)

Reprezintă stare de oboseală extremă a cărei definire – destul de dificilă – face apel la termenii subiectivi din aprecierea cărora să poată fi mai bine circumscris acest concept.

Fiind direct legată de o componentă de bază a calității vieții relaționată cu sănătatea (Chestionarul MOS – SF 36) – și anume vitalitatea – epuizarea apare ca opusul acestei trăsături, reprezentând extrema ei negativă. Termenii lingvistici prezenți în Chestionarul Maastricht (14) sunt deosebit de sugestivi („extrem de obosit”, „terminat”, „distrus”), dar ei pot fi sugestivi și pentru o latură a definiției depresiei (15) așa încât epuizarea este mai clar definită de scala „vitalitate” a chestionarului amintit MOS-SF prin itemii „plin de viață”, „plin de energie” la extrema lor negativă, alături de extrema pozitivă a itemilor „obosit” sau „stors de vlagă”.

Am insistat asupra acestor nuanțe semantice deoarece oboseala excesivă apare ca o senzație penibilă cu un conținut fizic și afectiv extrem de variat și o frecvență foarte mare, incluzând majoritatea indivizilor deși, la oamenii sănătoși, este prezentă episodic și are o semnificație fiziologică (se justifică prin procesiunea unui efort fizic sau mental important), iar considerarea epuizării ca un factor component al vulnerabilității la stres apare ca justificată atunci când această stare survine la un individ în afara unor cauze fiziologice (apare frecvent fără o justificare aparentă, nici măcar prin prezența unei boli) și durează perioade mai lungi decât cele necesare – în mod obișnuit – pentru recuperare. Atunci când tinde să devină o notă caracteristică a personalității, se mai utilizează și termenul de „fatigabilitate” (o „capacitate” de instalare facilă a oboselii, „oamenii care obolesc ușor”).

Epuizarea poate apărea la orice individ, dar – indiferent de cauza ei, fiziologică sau patologică – constituie o stare în cursul căreia distress-ul se poate instala facil (prag redus de apariție), iar efectele sale pot fi mult mai nocive, inclusiv asupra aparatului cardiovascular, așa cum au constatat Appels și colab. (14) și Lindberg și colab. (15) la bărbații (nu și la sexul feminin) care au suferit un infarct miocardic,

fenomenul fiind explicat prin mecanisme patofiziologice cum ar fi disfuncția endotelială implicată în progresia aterosclerozei (inclusiv coronariene) (16) și scăderea activității axei hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenale (17).

Epuizarea trebuie considerată un factor de risc pentru infarctul miocardic, independent de depresie, deci ea apare independent de aceasta chiar dacă face parte adesea din tabloul clinic al depresiei (Lindberg și colab. ibidem).

Bibliografie

1. Selye H. (1957) – *The stress of life*, Longman, Green, London.
2. Iamandescu, I.B. (sub red.) (1999) – *Elemente de psihosomatică generală și aplicată*, Editura Infomedica, București.
3. Fritzsche K. (2006) – În: Fritzsche K und Wirsching M., *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Springer, Heidelberg.
4. Eysenck H.J., Rachmann B. (1976) – *Neurosen. Ursachen und Heilmethoden*. Verl. des Wissenschaft, Berlin.
5. Kahn R.L. et al. (1964) – *Organisational stress*. J. Willey, New York.
6. Floru R. (1974) – *Stresul psihic*. Ed. Științifică Enciclopedică, București.
7. Barefoot J.C. et al. (2005) – Hostility, incidence of acute myocardial infarction and mortality. *Am. J. Epidemiol.* 142, 477-484.
8. Dornelas E. (2008) – *Psychotherapy with Cardiac Patients*. Ed. American Psychological Association, Washington, D.C.
9. Sinescu C.J., Iamandescu I.B., Chițu A., Barbu A., Maiorov A. (2012) – Incidența tipului comportamental A și asocierea lui cu interiorizarea furiei la bolnavii cu infarct miocardic versus bolnavii hipertensivi. *Zilele Medicale Severinene*, ed. III-a, 05/07.04.2012.
10. Smith R.P., Taylor C.M. (1985) – Irritability. *Br. J. Psychiatry*, 147, 127.
11. Fabri S., Fava. G.A., Sirri I., Wise T.N. – Development of a new strategy in psychosomatic medicine. – The DCPR, 1-21 – în: Porcelli P., Sonino N (2007) – *Psychological Factors Affecting Medical Condition*. Karger, Basel.
12. Fukumishi et al. (1996) – Are abnormal gastrofibroscopic findings related to negative responses to stress. *J. Psychosom. Res.* 41, 337-342.
13. Porcelli P., Todarello O. (2012) – Psychological factors affecting functional gastro-intestinal disorders. 21-34. în Porcelli P., Sonino N. (2007) – *Psychological Factors Affecting Medical Condition*. Karger, Basel.
14. Appels A., Mulder P. (1988) – Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur. Heart. J.* 9, 758-764.
15. Lindeberg S. et al. (2012) – Exhaustion predicts CHD independently of anxiety and depression in men but not in women. *J. Psychosom. Res.* 72, 17-21.
16. Ohno Y. et al. (2010) – The diagnostic value of endothelial function as potential sensor of fatigue in health. *Vasc Health Risk Manag* 6, 135-144.
17. Kumari M. et al. (2009) – Cortisol secretion and fatigue: association in a community based cohort. *Psychoneurology*, 34, 1746-1785.

1.9. Demoralizarea

Ioana Cioca

Criteriile de diagnostic pentru cercetarea psihosomatică (DCPR) reprezintă un cadru de diagnostic și conceptual, care a fost propus cu două decenii în urmă de un grup internațional de cercetători (1). Intenția a fost aceea de a transforma variabilele psihosociale ce derivă din cercetarea psihosomatică în instrumente operaționale prin care pacienții individuali ar putea fi caracterizați. A fost stabilit un set de 12 sindroame comune pacienților psihosomatici: anxietatea de sănătate, thanatofobia, fobia de boală, negarea bolii, somatizarea persistentă, simptomele de conversie, simptomele somatice funcționale secundare unei boli psihiatrice, reacția aniversară, demoralizarea, dispoziția iritabilă, tipul psihocomportamental A și alexitimia. Unele dintre acestea au fost puse în legătură cu bolile cardiace.

Conform lui Clarke (2), conceptul de demoralizare a fost propus inițial de către Jerome Frank, care a descris astfel de pacienți ca fiind lipsiți de putere, izolați, disperați, înstrăinați, respinși și cu o stimă de sine scăzută.

Au fost propuse mai multe definiții ale conceptului de demoralizare, de exemplu, un **distress existențial** (3) sau un sindrom specific rezultat din convergența dintre distress și incompetență (4) sau un sindrom caracterizat de **disperare, lipsă de speranță, izolare** (5).

Fava și colab. (6) considera demoralizarea ca fiind similară cu **sindromul „giving-up-given-up”** (7), caracterizat prin sentimente de lipsă de speranță și neajutorare, incompetență și pierderea stăpânirii de sine și a controlului.

Acest sindrom apare frecvent înaintea instalării unor tulburări medicale și poate fi declanșat de o suferință fizică, în special amenințătoare de viață sau în cazul unor tratamente dureroase și prelungite, precum chimioterapia. Lipsa de speranță este cea mai relevantă caracteristică a demoralizării și a fost **asociată cu intenția suicidară**, atât la pacienții medicali cât și la cei psihiatrici, și pare să crească riscul sau să agraveze boli precum cele cardiovasculare și cancerul (8, 9).

Un alt sindrom apropiat de demoralizare este cel de **„epuizare vitală”**, descris de Appels și Mulder (10) și caracterizat prin oboseală neobișnuită, iritabilitate crescută și sentimente de demoralizare, pus de autori în legătură cu creșterea riscului de infarct miocardic.

Conform versiunii actuale a criteriilor de diagnostic din cercetarea psihosomatică, **diagnosticul de demoralizare presupune următoarele criterii:**

- prezența unui sentiment caracterizat prin conștientizarea de către pacient a stării de a nu reuși să-și satisfacă propriile sale așteptări (sau pe cele ale altora) sau incapacitatea de a face față unor probleme presante; ca urmare, pacientul experimentează sentimentele de neajutorare, lipsă de speranță și renunțare;
- acest sentiment este prelungit, generalizat și prezent pentru cel puțin o lună;
- sentimentul este strâns legat de manifestările unei tulburări medicale sau poate exacerba simptomele bolii somatice (11), prin oboseală neobișnuită,

iritabilitate crescută și sentimente de demoralizare. Este pus, de asemenea, în legătură cu creșterea riscului de infarct miocardic.

Demoralizarea reprezintă așadar o **stare disforică întâlnită în ambele populații – psihiatrice și medicale** – și se caracterizează, în principal, prin sentimentul individului de pierdere a puterii și inutilitate.

În timp ce **depresia poate coexista cu demoralizarea, ele par a fi entități clinice distincte**, prima fiind caracterizată în principal de anhedonie, iar cea din urmă, de neajutorare (8).

În ciuda relevanței clinice și prognostice, demoralizarea continuă să nu fie recunoscută de clasificările psihiatrice tradiționale, deși există scale specifice de identificare și măsurare. Cele mai cunoscute sunt Scala de Demoralizare din cadrul Interviuilor de cercetare Psihiatrică și Epidemiologică și Scala lipsei de speranță a lui Beck (autor citat de 6). Sunt disponibile și alte măsuri de evaluare pentru demoralizare, cum ar fi criteriile de diagnostic pentru cercetarea psihosomatică sau scala de demoralizare din cadrul Inventarului Multifazic de Personalitate Minnesota, versiunea a doua, cu scale clinice restructurate. Dar aceste scale au tendința de a se limita numai la mediile de cercetare.

În ceea ce privește prevalența, demoralizarea este un lucru obișnuit în populațiile medicale, poate chiar normativ. Cu toate acestea, până la o treime dintre pacienții somatici experimentează demoralizarea semnificativă clinic. Identificarea de către medic este extrem de importantă, deoarece există mai multe intervenții propuse care pot fi utile în atenuarea demoralizării la pacienții compromiși medical.

Aplicarea criteriilor diagnostice de cercetare psihosomatică a permis depistarea existenței demoralizării în cazul diferitelor stări medicale. Demoralizarea a fost găsită ca fiind cel mai frecvent sindrom la pacienții medicali, cu o prevalență de aproape 30% (autori citați de 6).

În cardiologie a fost identificată ca fiind un simptom prodromal al evenimentelor cardiace (Ottolini și colab., 2005). Într-un studiu recent (13), 20% dintre pacienți au fost diagnosticați cu demoralizare cu un an înainte de debutul unui episod de angină sau infarct miocardic. La 12% dintre pacienți, depresia majoră se suprapunea cu demoralizarea.

Demoralizarea nu a putut fi considerată un factor de risc cardiac *per se*, dar adăugarea acestei stări la depresia majoră poate expune un **subgrup de pacienți la un risc crescut de morbiditate cardiacă** (14).

În încheiere, redăm criteriile DCPR (2) de diagnostic al demoralizării.

Tabelul 1. Criteriile de diagnosticare a DCPR pentru demoralizare

- | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentimentul de a nu reuși să atingi expectanțele personale sau pe cele ale celorlalți (în ceea ce privește munca, familia, statutul social și economic). 2. Inabilitatea de a face față problemelor presante. 3. Sentimentele de neajutorare, lipsă de speranță și renunțare. 4. Această stare este generalizată și prelungită mai mult de o lună. 5. Această stare precede recent manifestările unei boli fizice sau le exacerbează. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tratamentul demoralizării

Mai mulți autori oferă diverse puncte de vedere cu privire la posibilitățile de intervenție în caz de demoralizare.

De exemplu, Griffith și colab. (5) discută despre importanța decelării temelor existențiale relevante și apoi stabilirea balanței corecte de intervenție la adresa acestor teme. Kissane și colab. (3) sugerează importanța continuității în îngrijire, managementul activ al simptomelor, explorarea atitudinilor legate de speranță și sensul vieții, echilibrarea suportului pentru durere prin speranță, căutarea unui scop și a unui rol nou în viață, restructurări cognitive ale credințelor negative și disfuncționale, suport spiritual/religios, promovarea relaționării cu ceilalți și îmbunătățirea funcționalității familiale. Sirri și colab. (15) subliniază importanța sprijinului regulat și empatic din partea furnizorilor de servicii de sănătate, precum și eficiența tehnicilor cognitiv-comportamentale.

1.10. Alexitimia și alexisomia

Ioana Cioca

Alexitimia reprezintă o construcție multifacetată care cuprinde:

- a) dificultatea în identificarea sentimentelor și distingerea între sentimente și senzații corporale concomitente cu stările emoționale;
- b) dificultatea în a descrie sentimente către alte persoane;
- c) o imaginație restricționată, evidențiată prin lipsa fanteziilor și
- d) un stil cognitiv care este literal, utilitar și orientat către exterior (16).

Aceste caracteristici cognitive și afective au fost inițial observate la pacienții cu **boli psihosomatice clasice** (17), dar ulterior au fost observate și printre pacienții cu o **varietate de tulburări psihiatrice** care implică tulburări în reglarea emoțiilor, incluzând abuzul de substanțe, tulburări de stres posttraumatic, panică, tulburări somatoforme și dereglări de alimentație (18, 19). S-a sugerat că trăsăturile definind alexitimia reflectă deficitele în procesul cognitiv și reglarea emoțiilor (18).

Alexitimia este considerată a fi o **trăsătură de personalitate** care îi expune pe indivizi la pericolul de a dezvolta diferite tulburări medicale și psihiatrice, și, în plus, **reduce probabilitatea ca acești indivizi să răspundă la tratamentele convenționale** utilizate în tratarea altor tipuri de tulburări. Alexitimia nu este considerată o tulburare mentală, ci o trăsătură de personalitate a cărei intensitate diferă de la persoană la persoană.

Un subiect alexitimic prezintă mai multe indicii diferite evidente în viața de zi cu zi. De exemplu, el găsește dificil să vorbească despre propriile emoții, să vi-seze cu ochii deschiși, să fantazeze despre planurile personale, să dea răspunsuri lungi la întrebări practice. El poate fi privit de către ceilalți ca fiind **excesiv de rațional sau lipsit de sentimente, fără să fie neapărat neprietenos**. El poate fi șocat de reacțiile emoționale ale altora și poate lua **decizii personale mai degrabă legate de principii decât de sentimente**.

Așadar, un pacient alexitimic are dificultăți în identificarea tipurilor diferite de sentimente, în verbalizarea emoțiilor. El are o înțelegere limitată asupra cauzelor sentimentelor, un stil funcțional de a gândi, o gândire orientată spre exterior, o lipsă de angajament și căutare de plăcere, o anume sobrietate și o postură rigidă. O altă caracteristică a acestor persoane este **dificultatea de a diferenția**

emoțiile de senzațiile corporale, adică pot confunda suferința emoțională cu durerea fizică. De exemplu, pot afirma că au „fluturi” în stomac, palpitații, transpirații și amețeli, dar sunt incapabili să recunoască că ceea ce simt este, de fapt, anxietate. Sau la o întrebare banală, de genul „Pari trist azi... ce ai pățit?”, răspund convinși: „Mă doare o măsea...” când, de fapt, durerea lor vine din sfera emoțiilor. Alexitimicii prezintă și o abilitate limitată de a experimenta emoții pozitive, ceea ce i-a determinat pe unii autori să-i denumească **anhedonici** (20).

Criteriile clinice ale alexitimiei, stabilite de Pedinielli în anul 1992 (21), pot fi astfel reprezentate:

- incapacitatea de exprimare verbală a emoțiilor și a sentimentelor;
- limitarea activității imaginative, fantasmagorice și onirice;
- descrierea perpetuă a simptomelor fizice;
- discurs repetitiv;
- tendința de a recurge la acțiuni pentru a evita sau a rezolva conflictele;
- relațiile interpersonale sunt caracterizate printr-o puternică dependență.

Acestor criterii li se mai adaugă anumite elemente descriptive precum **persoană plictisitoare, ternă, cu un puternic conformism social**, incapabilă de a resimți orice sentiment. **Când sunt confruntate cu situații stresante, aceste persoane nu realizează că sunt atinse pe plan afectiv, dar sunt mult afectate pe plan corporal**; de aceea, ele dezvoltă deseori boli psihosomatice.

Indivizii alexitimici par lipsiți de orice fel de sentiment, dar în realitate nu este vorba despre o absență a sentimentelor, ci de incapacitatea de a-și exprima emoțiile. Nu este adevărat că alexitimicii nu au emoții. Ei au emoții, dar în mare parte a timpului nu sunt conștienți de expresia fiziologică a emoțiilor asupra corpului (precum roșeața în obraji sau pulsul ridicat) sau nu înțeleg semnificația emoțională a acestora. Când cauza și natura emoției sunt evidente, alexitimicii au emoții puternic explozive. Emoțiile puternice tind să îi ia prin surprindere și s-ar putea să nu fie capabili să-și limiteze exprimarea suficient de bine.

Alexitimicii sunt **predestinați anxietății cronice** (22). Aceasta se datorează parțial unei ratări de a exprima emoțiile corect. Chiar și la non-alexitimici, emoțiile care nu sunt corect identificate sau înțelese sunt experimentate psihologic ca anxietate nediferențiată. Această situație se întâlnește mult mai frecvent la alexitimici. Mai mult, incapacitatea de a lua decizii rapide pe baza sentimentelor tinde să creeze nesiguranță considerabilă asupra deciziilor personale. **Depresia** este, de asemenea, comună la alexitimici. De obicei, alexitimicii trăiesc complicații în viață, însoțite de gânduri foarte negative (23).

Dificultatea unei persoane suferind de alexitimie în identificarea și descrierea emoțiilor poate mări șansele raportării simptomului somatic prin câteva mecanisme. Prin urmare, din cauza dificultății în trăirea și exprimarea emoțiilor, alexitimia a fost legată de amplificarea somato-senzorială, care se concretizează în **tendința de a se concentra pe senzații somatice benigne**. Se consideră că subiecții alexitimici se concentrează pe manifestări somatice ale stărilor emoționale, având ca rezultat interpretări eronate ale senzațiilor somatice, ca fiind semne ale unei boli fizice. Unele studii au descoperit dovezi ale asocierii dintre alexitimie și nașterea simptomelor funcționale somatice, așa cum se poate observa la pacienții cu disfuncții somatoforme (24).

Alexitimia compromite rezistența la stres și, indirect, prin subminarea suportului social. Vanheule și colab. (25) susțin că alexitimia creează probleme interpersonale deoarece alexitimicii evită implicarea în relații cu încărcătură sentimentală mare sau dacă se implică în astfel de relații, ele rămân de suprafață, superficiale. Într-un studiu (26), un grup larg de alexitimici au completat 64 de itemi într-un „Inventar al problemelor interpersonale”. Studiul a demonstrat următoarele caracteristici ale alexitimicilor:

- dificultăți în abandonarea controlului asupra celorlalți;
- comportament centrat pe sine, care duce la dominanță ostilă și la tendința de a se certa cu cei din jur;
- comportament rece, niveluri scăzute de afectivitate pentru ceilalți;
- conservatori, „inhibați social”, cu tendințe de a deveni anxioși și de a evita să stea în compania altor persoane;
- neimpunători, ceea ce duce la lipsă de inițiativă în a lega relații cu ceilalți și un *coping* ineficient la provocările sociale.

Sifneos (27) a observat de asemenea **relații interpersonale dezordonate**, haotice. Din cauza dificultăților în indentificarea și descrierea stărilor emoționale proprii, cât și ale celorlalți, alexitimia **afectează și satisfacția de cuplu** (28).

Alexitimia implică un risc crescut în apariția altor tipuri de tulburări de personalitate, fiind corelată cu anumite boli somatice și psihice, precum **hipertensiune arterială** (29), **tulburări sexuale**, **dependență de anumite substanțe** (30) și anxietate (31). Alexitimia conduce mai departe la tulburări și boli psihosomatice precum: **migrene, dureri de spate, astm bronșic, alergii** etc. Incapacitatea de a-și modula sentimentele poate fi o ipoteză în a explica de ce unii *alexitimici tind să se descarce emoțional prin acte impulsive* sau comportamente nestăpânite, precum mâncatul excesiv sau anorexia nervoasă (32), *abuzul de substanțe* (33) sau comportament sexual inadecvat (34). Incapacitatea în a controla cognitiv sentimentele poate duce la o accentuare a activității sistemului nervos vegetativ și a celui endocrin, ceea ce poate induce diverse boli somatice.

Cauzele alexitimiei sunt incomplet elucidate. Unele studii neuropsihologice (35) au arătat că alexitimia poate fi cauzată de o **malfuncție a emisferei drepte** a creierului, emisferă care este în mare măsură responsabilă de procesarea sentimentelor. Alte studii mai vechi (36) indică faptul că ar exista un **deficit de transfer interemisferic**; informația emoțională din emisfera dreaptă nu este transferată corespunzător în regiunile limbajului din emisfera stângă, situație întâlnită la pacienții care au suferit abuzuri severe în copilărie. În plus, un alt model neuropsihologic (37) indică faptul că alexitimia poate fi pusă în legătură cu o proastă funcționare a cortexului anterior. Joyce McDougall (38) nu este de acord cu medicii care se axează pe explicații neurofiziologice în locul celor psihologice, în cazul originii și al genezei alexitimiei. Ea introduce termenul alternativ de „dezafectare” pentru psihogeneza alexitimiei. McDougall (38) crede că alexitimicii au simțit la un moment dat „sentimente copleșitoare care le amenințau simțul integrității și al identității”. Ca răspuns la aceste sentimente au dezvoltat un sistem de apărare psihologic, care să elimine din conștient astfel de sentimente.

Alexisomia reprezintă un concept conexe alexitimiei, care exprimă **incapacitatea unui subiect de a identifica și de a descrie suferințele corporale**.

Concluzii

Alexitimia descrie un fenomen exprimat mai mult în plan teoretic și clinic decât terapeutic, **fără a fi de natură patologică**. Alexitimia trebuie acceptată numai ca un **criteriu de vulnerabilitate**, distribuția sa depășind arealul psihic și somatic, regăsindu-se în numeroase situații de stres, dar și sub forma unei componente cognitive la subiecții fără nicio patologie.

1.11. Anxietatea față de sănătate („Health anxiety“)

Ioana Cioca

Conform DSM IV atitudinile și temerile hipocondriace se referă doar la finalul sever al unui spectru larg de afecțiuni, atâta timp cât hipocondria este caracterizată de multiple temeri legate de starea de sănătate și de rezistența la toate reasigurările venite din partea medicului.

Unii autori însă (39, 40) susțin că și alte tipuri de temeri merită atenție, precum conceptul de *health anxiety* – ce indică **preocupări ale subiectului legate de starea de sănătate**, în absența unei patologii sau **îngrijorări excesive, în cazul în care patologia este prezentă**. Această nevoie de diferențiere diagnostică între hipocondrie, fobia de boală, thanatofobie și anxietatea de sănătate a fost accentuată și de alte concepte, precum cel al lui Pilowsky (41), de **comportament anormal față de boală**.

Principalul aspect al „anxietății față de propria sănătate“ pare să fie prezența credințelor iraționale și disfuncționale legate de sănătate și boală ce derivă din experiențele trecute personale sau ale celorlați (42, 43). Aceste îngrijorări sunt parte a unui cerc vicios, caracterizat de o **percepție selectivă** și de o **interpretare eronată a simptomelor somatice**, toate acestea **determinând o creștere a preocupărilor anxioase excesive** legate de propria stare de sănătate.

Conform criteriilor de diagnostic din cercetarea psihosomatică (44), acest concept se referă la temeri generale legate de boală, îngrijorări legate de durere, preocupări legate de corp și tendința de a amplifica senzațiile somatice. Aceste **temeri și îngrijorări răspund rapid** la reasigurările medicale adecvate chiar dacă ele pot reapărea după un timp, aceasta reprezentând și diferența majoră față de manifestările hipocondriace. Anxietatea de sănătate a fost frecvent asociată cu bolile cardiace, aceasta fiind **cel mai frecvent simptom, întâlnit la 41% dintre pacienții cardiaci** (12).

1.12. Tulburări afective frecvente, expresia distress-ului cu implicare majoră în patologia CV

a) **Anxietatea** – vezi cap. „Tulburări psihiatrice“.

b) **Depresia** – vezi cap. „Tulburări psihiatrice“.

Bibliografie

1. Fava G.A., Freyberger H.J., Bech P., Christodoulou G., Sensky T., Theorell T., Wise T.N. (1995) – Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom.* 63: 1-8.

2. Clarke D.M., Smith G.C., Dowe D.L., McKenzie D.P. (2003) – An empirically derived taxonomy of common distress syndromes in the medically ill. *J. Psychosom Res.* 54:323-330.
3. Kissane D.W., Clarke D.M., Street A.F. (2001) – Demoralization syndrome – a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care* 17(1): 12-21.
4. de Figueiredo J.M. (1993) – Depression and demoralization: phenomenological differences and research perspectives, *Compr Psychiatry* 34: 308-311.
5. Griffith J.L., Gaby L. (2005) – Brief psychotherapy at the bedside: countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics*. 46:109-116.
6. Fava G.A., Gujdi J., Porcelli P., Rafanelli C., Bellomo A., Grandi S., Grassi L., Mangelli L., Pasquini P., Picardi A., Quartesan R., Rigatelli M., Sonino N. (2012) – A cluster analysis-derived classification of psychological distress and illness behavior in the medically ill. *Psychological Medicine / Volume 42 / Issue 02 / 2012*, pp 401-407.
7. Schmale A.H., Engel G.L. (1967) – The giving up-given-up complex illustrated on film. *Arch Gen Psychiatry* 17:133-145.
8. Clarke D.M., Kissane D.W. (2002) – Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N.Z. J. Psychiatry* 36: 733-742.
9. Schuitemaker G.E., Dinant G.J., van der Pol G.A., Appels A. (2004) – Assessment of vital exhaustion and identification of subjects at increased risk of myocardial infarction in general practice. *Psychosomatics* 45: 414-418.
10. Appels A., Mulder P. (1989) – Fatigue and heart disease. The association between 'vital exhaustion' and past, present and future coronary heart disease *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 33, Issue 6, Pages 727-738.
11. Fava G.A., Mangelli L. (2001) – Assessment of subclinical symptoms and psychological well being in depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251 Suppl 2 II/, 2001/ 47-52.
12. Ottolini, F., Modena, M.G., & Rigatelli, M. (2005). Prodromal symptoms in myocardial infarction. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 323-327.
13. Rafanelli C, Offidani Emanuela, Gostoli Sara, Roncuzzi R (2012) – Psychological correlates in patients with different levels of hypertension. *Psychiatry Research*, Volume 198, Issue 1, 154-160.
14. Sirri L., Fabbri S., Fava Ga., Sonino N. (2007) – New strategies in the assessment of psychological factors affecting medical conditions. *J. Pers Assess* 89: 216-228.
15. Rafanelli C., Roncuzzi R., Milaneschi Y., Tomba E., Colistro M.C., Pancaldi L.G., Di Pasquale G. (2005) – Stressful Life Events, Depression and Demoralization as Risk Factors for Acute Coronary Heart Disease. *Psychother Psychosom.* 74:179-184.
16. Taylor, G.J., Bagby, R.M. (2012) – *The alexithymia personality dimension*. In *The Oxford Handbook of Personality Disorders*, edited by T.A. Widiger. Oxford University Press: New York, pp. 648-673.
17. Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976) – *Alexithymia: A view of the psychosomatic process* In O. Hill, ed., *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, pp.430-439. London & Boston: Butterworth.

18. Taylor G.J.(2000) – Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J. Psychiatry*. Mar;45(2):134-42.
19. Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1997) – *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York: Cambridge University Press.
20. Sifneos, P.E. (1987) – Anhedonia and alexithymia: A potential correlation. In D.C. Clark & J. Fawcett (Eds.), *Anhedonia and Affect Deficit States* (pp. 119-27). New York: PMA Publishing.
21. Pedinielli J.L. (1992) – Psychosomatique et alexithymie, Paris: Presses Universitaires du France psychosomatic process. In O. W. Hill (Ed.). *Modern trends in psychosomatic medicine* (Vol. 3, pp. 430-439). London: Butterworths.
22. Karukivi M., Hautala L., Kaleva O., Haapasalo-Pesu K.M., Liuksila P.R., Joukamaa M., Saarijärvi S. (2010) – Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *J. Affect Disord*. Sep; 125(1-3):383-7.
23. Marchesi C., Brusamonti E., Maggini C. (2000) – Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 49, Issue 1, July, Pages 43-49.
24. Bach M., Bach D. (1996) – Alexithymia in Somatoform Disorder and Somatic Disease; A Comparative Study, *Psychother Psychosom*. 65:150-152.
25. Vanheule, S., Inslegers, R., Meganck, R., Ooms, E., & Desmet, M. (2010) – Interpersonal problems in alexithymia: a review of literature and consequences for clinical practice. In: P. Lysakker & G.C. Dimaggio (ed.), *Metacognition in severe adult disorders*, pp. 161-176. London: Routledge.
26. Vanheule S., Desmet M., Meganck R., Bogaerts S. (2007) – Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of Clinical Psychology* 63: 109-117.
27. Sifneos P.E. (1996) – Alexithymia: past and present. *The American Journal of Psychiatry* 153 (7 Suppl): 137-42.
28. Humphreys T.P, Wood Laura M., Parker, G.D.A. (2009) – *Alexithymia and satisfaction in intimate relationships, Personality and Individual Differences*, Volume 46, Issue 1, January, Pages 43-47.
29. Jula A., Salminen J.K., Saarijärvi S. (1 April 1999) – Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension* 33 (4): 1057-61.
30. Taylor G.J., Parker J.D., Bagby R.M. (1990) – A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *The American Journal of Psychiatry* 147 (9): 1228-30.
31. Jones B.A. (1984) – Panic attacks with panic masked by alexithymia, *Psychosomatics* 25 (11): 858-9.
32. Cochrane C.E., Brewerton T.D., Wilson D.B., Hodges E.L. (1993) – Alexithymia in the eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders* 14(2): 219.
33. Lumley M.A., Downey K., Stettner L., Wehmer F., Pomerleau O.F. (1994) – Alexithymia and negative affect: relationship to cigarette smoking, nicotine dependence, and smoking cessation. *Psychotherapy and psychosomatics* 61 (3-4): 156-62.
34. Michetti P.M., Rossi R., Bonanno D., Tiesi A., Simonelli C. (2006) – Male sexuality and regulation of emotions: a study on the association between alexithymia and erectile dysfunction (ED). *Int. J. Impot. Res.* 18 (2): 170-4.

35. Jessimer M., Markham R. (1997) – Alexithymia: a right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expressions?. *Brain and Cognition* 34(2): 246-58.
36. Hoppe K.D., Bogen J.E. (1977) – Alexithymia in twelve commissurotomized patients. *Psychotherapy and psychosomatics* 28(1-4): 148-55.
37. Lane R.D., Ahern G.L., Schwartz G.E., Kaszniak A.W. (1997) – Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight?. *Biol. Psychiatry* 42(9): 834-44.
38. McDougall, J. (1989) – *Theaters of the Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*, Norton.
39. Barsky Aj., Wyshak G. (1989) – Hypochondriasis and related health attitudes, *Psychosomatics*, 30:412-420.
40. Salkovskis P.M., Rimes K.A., Warwick H.M.C., Clark D.M. (2002) – The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis, *Psychological Medicine* / Volume 32 / Issue 05 / 2002 pp. 843-853.
41. Pilowsky I. (1997) – *Abnormal Illness behavior*. Chichester, Wiley.
42. Hadjistavropoulos H.D., Craig K.D., Hadjistavropoulos T. (1998) – Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety *Behaviour Research and Therapy*, Volume 36, Issue 2, 149-164.
43. Asmundson G., Taylor S., Cox B. (2001) – *Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*, New York: Wiley. pp. 440.
44. Fava G.A., Wise T.N. (2007) – Psychological factors affecting either identified or feared medical conditions: a solution for somatoform disorders. *Am. J. Psychiatry*, 164:1002-1003.

2. Trăsături psihocomportamentale dezadaptative în interacțiunea socială (tipuri comportamentale)

Ioan Bradu Iamandescu

2.1. Tipul A (v. cap. „Cardiopatia ischemică coronariană“)

2.2. Tipul D (v. cap. „Cardiopatia ischemică coronariană“)

2.3. Tipul psihocomportamental C

Este specific bolnavilor neoplazici, fiind evidențiat și studiat de Temoshok (cit. de 1) la bolnavii cu cancer de sân, deși acest comportament mai poate favoriza și alte boli psihosomatice (de exemplu, melanomul malign), apărute în distress-urile cu caracter de „pierdere“.

Reunește o serie de trăsături defensive între care un anumit grad de **neîncredere în forțele proprii** și o predispoziție spre depresie. Benett (1) le consideră persoane stoice, **puțin asertive**, deși își păstrează **disponibilitatea de comunicare și cooperare**, fiind persoane agreabile; una dintre trăsăturile lor

„comportamentale” – interiorizarea emoțiilor – îi predispune la o anumite **camuflare a problemelor lor majore** (generatoare de distress) pe care și le ascund chiar și lor înșile.

Această „**punere în paranteză**” a impasului în care se află posesorii tipului C este însoțită de o stare de tensiune echivalentă cu un distress cvasipermanent (situația cu caracter de „ghimpe în suflet”) și se exprimă în plan endocrin prin **creșterea marcată a cortizolului plasmatic**. O astfel de reacție endocrină deprimă imunitatea și se conjugă cu teama unor bolnavi de o investigație legitimă, în cazul suspiciunii unei boli grave (de exemplu, cancer) favorizând astfel evoluția unor boli severe. Exemplul cel mai alarmant – de la care s-a pornit în „construirea” tipului C – a fost cel al femeilor suspectate de cancer de sân, la care – după efectuarea biopsiei rezultatul a fost pozitiv pentru neoplazie (1).

3. Factorii sociali și profesionali – generatori de distress

Ioan Bradu Iamandescu

3.1. Aprecieri generale asupra factorilor de risc socioprofesionali

Pentru mulți oameni profesia – chiar dacă a fost aleasă pe baza unei reale vocații – poate să constituie o **sursă importantă de stresuri psihice**, începând cu cele minore, dar zilnice, și sfârșind cu SP majore generate de conflicte serioase și durabile.

Tabelul 2. Factori socioprofesionali generatori de distress

Tipul de factor	Tipuri de conduite	Implicații în patologie
1. Factori familiali	Mame anxiogene, hiperprotectoare; fumători în familie; alimentație defectuoasă, climat psihologic neprielnic	Boli cronice ale copiilor (de exemplu, astm), rezistență scăzută față de infecții, boli digestive și de nutriție, nevroze
2. Factori profesionali • Statut ridicat - libertate de decizie - absența monotoniei - presiune decizională • Statut scăzut - lipsă de capacitate de decizie - monotonie profesională	Beneficiază de educație sanitară și se implică activ în conduitele sanogenetice recomandate Educație redusă, viața dezordonată, alimentație și igienă deficitare, posibilități materiale scăzute (pentru excursii, dietă etc.)	Supraîncărcare informațională și stresuri cronice – boli psihosomatice (în special digestive) și nevroze „Bolile sărăciei”, dar și infarct miocardic, obezitate (date epidemiologice recente), SIDA
• Anumite profesii „exacte” (contabili, farmaciști etc.)	Conformism accentuat – complianță crescută, suprasolicitare multiplă	Boli psihosomatice multiple

Întrucât există o variată și bogată literatură cu privire la SP profesional, vom încerca doar să conturăm esența condițiilor stresante în mediul profesional după cum urmează:

1. **Specificul profesiei:** dictează dificultatea sarcinilor profesionale, fiind reputeate ca stresante o serie de profesii precum chirurgia, controlul traficului aerian, pirotehnia etc.

2. **Condiții de ambient profesional** (zgomot, poluare, aglomerație etc.) reglementate de ergonomie.

3. **Condiții relaționale.** Sunt esențiale pentru apariția distress-ului profesional (dar și a eustress-ului atunci când există relații de colegialitate excelente, cu asigurarea unor momente de destindere, punctate cu glume, într-o atmosferă prietenoasă, favorizând comunicarea, considerată ca una dintre componentele importante ale suportului social).

Dintre factorii stresanți, Thorp (2) evidențiază:

- **cele 4 tipuri de șefi ierarhici** inductori de stres, desemnați prin porecle care spun totul despre fiecare tipologie – „vătaful de sclavi”, „zeflemistul”, „criticosul” și „pensionatul la datorie” – și care, în ultimă instanță, induc o *stare de anxietate perpetuă a subalternilor, dublată de scăderea încrederii în sine* (cel puțin pentru moment);
- **colaboratori leneși, ostili sau duplicitari**, generând *nesiguranță* asupra corectitudinii aportului lor la realizarea activității profesionale comune și, desigur, *rivalități sau situații conflictuale* persistente și/sau repetate;
- **lipsa perspectivei avansării, inclusiv opacitatea șefilor ierarhici** față de situațiile propuse de subalterni, aceștia din urmă simțindu-se *frustrați* prin subsolicitarea unor resurse, disponibilități personale, în care ei cred cu convingere.

4. **Condiții legate de caracterul general al muncii** (modelul tridimensional al SP profesional – Karasek și Theorell (3) – din figura 1).

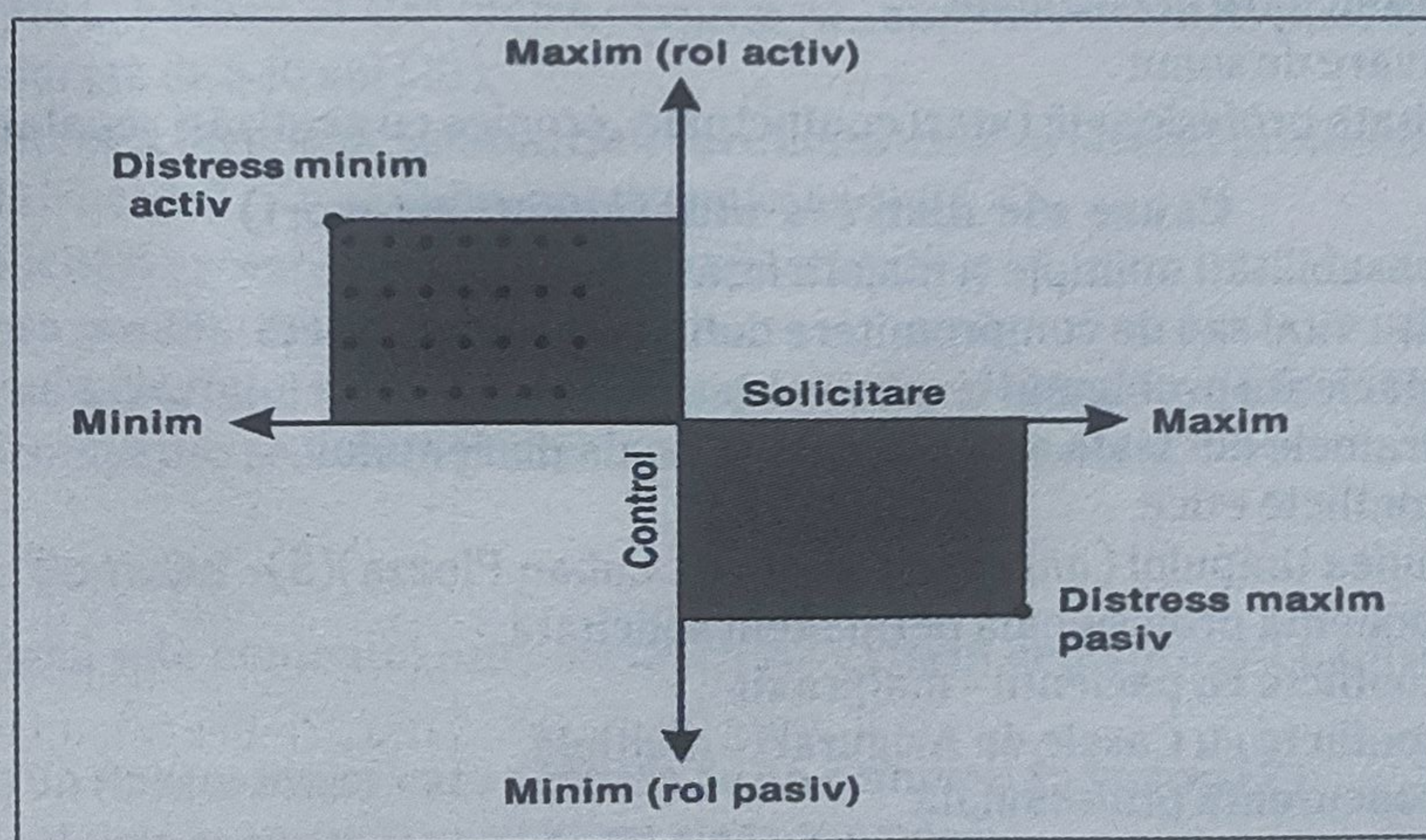


Figura 1. Condiții legate de caracterul general al muncii – modelul tridimensional al SP profesional (modificat după 4, 5).

Se pot distinge la acest capitol:

a) **suprasolicitarea** prin cantitatea muncii (intensivă), termene scurte și lipsa unor măsuri de recuperare;

b) **potențarea (sau amortizarea) intensității SP în cadrul interrelațiilor dintre natura solicitărilor, capacitatea decizională și suportul social.**

Cercetările lui Theorell și Karasek (3), completate ulterior de Siegrist (4), au evidențiat, ca un model de stres profesional, acel stres în care se configurează un complex situațional tridimensional alcătuit din:

1 - amplitudinea și calitatea solicitărilor (continuitate, plăcute-neplăcute);

2 - posibilitatea de control și decizie (activ-pasiv) **asupra sarcinii.**

Ambele dimensiuni reprezentate pe axe perpendiculare prin combinarea valorilor lor extreme binare (înaltă și scăzută), delimitează patru cadrane dintre care contrastul cel mai mare îl reprezintă **distress-ul maxim pasiv** (solicitare crescută și control decizional minim) și **distress-ul minim activ** (solicitare redusă, control decizional maxim).

3 - suportul social ca factor cu rol de filtru în calea stresului și care - adăugat ca o a treia dimensiune la primele două - contribuie la conturarea unui model spațial tridimensional în care maxima morbiditate este plasată într-un „cub” ale cărei dimensiuni sunt reprezentate de: solicitare crescută, control decizional și suport social scăzute (vezi *Figura 1*).

În încheiere, vom prezenta un tabel (*Tabelul 2*) conținând **agenții stresori și tipurile de SP specifice profesiei medicale.**

Tabelul 2. Stresurile psihice specific profesiei medicale

Tipuri de distress	
1. Suprasolicitare emoțională	
2. Suprasolicitare decizională	
3. Deprivare de somn	
4. Rivalitate profesională (stări conflictuale „cronice cu acutizări repetate”)	
Cauze ale distress-ului (agenți stresori)	
1. Responsabilități multiple și majore față de pacient	
- risc vital sau de compromitere definitivă a unor funcții	
- „pacienții problemă”	
- dramele din viață sau implicate în boala pacientului	
- conflicte etice	
2. Presiunea timpului (<i>angor temporis</i> - cf. Luban-Plozza)(5)	
3. Componenta profesională permanent solicitată	
- conflicte cu pacienții - malpraxis	
- conflicte cu Casele de Asigurări - multiple	
- concurență profesională	
4. Conflicte de rol	
- neglijarea atribuțiilor familiale ≠ dublă muncă	
- renunțarea la ocaziile pentru relaxare	
5. Probleme financiare manageriale	

3.2. Mediul profesional ca sursă majoră de distress contemporan

Pe lângă condițiile de muncă – legate de specificul muncii – care favorizează apariția stresului profesional, în ultimii ani au fost studiate **aspectele motivaționale ale profesiei și în special gradul de satisfacție al lucrătorului în raport nu numai cu recompensa materială pentru efortul depus, ci și cu aprecierile superiorilor** (uneori dublate de „boss praise”, ca o primă de salariu).

Karasek și al său *Job content Questionnaire* (6) și Siegrist și colab. (4), cu mai recentul chestionar *Effort Reward Imbalance*, au realizat instrumente pentru măsurarea acestor aspecte psihosociale – profesionale cu implicații în starea de sănătate a salariaților, fapt ce prezintă importanță pentru elaborarea unor **programe de educație pentru manager** (7). Un studiu care demonstrează – pe baza meta-analizei datelor din literatură – dependența ratei IM de condițiile necorespunzătoare de muncă – este cel efectuat de Eller și colb. (8).

O contribuție majoră în patologia de stres profesional o reprezintă „**Sindromul de amărăciune posttraumatic**” (*Posttraumatic Emblitterment Syndrome*) (Senski) (9) care descrie sentimentul de umilință, neputință și revoltă fără speranță al omului nemulțumit de slujba sa pe care ajunge să o considere drept unica sursă a nefericirii sale. Amintiri intensive ale acestui eveniment critic din existența sa și autoînvinovățirea – pentru că nu a prevăzut o astfel de nenorocire și nici nu a reușit să o atenueze – persistă într-un mod obsesiv.

Dintre efectele stresului profesional cităm: **creșterea tensiunii arteriale, dereglările imunitare, scăderea testosteronului, depresia și tulburările de somn** (aurori citați de 7); referitor la riscul pentru apariția IM, acesta poate surveni la bărbați în 40% dintre cazurile de „**suprasolicitare profesională**” având durată de 5-10 ani (10).

O sinteză a factorilor psihosociali care contribuie la stresul profesional, efectuată de Theorell (7), indică următoarele condiții:

- solicitări excesive (cantitative și calitative);
- lipsa posibilității de decizie;
- lipsa suportului social din partea superiorilor și colegilor de serviciu;
- recompense reduse în plan material, psihologic și social.

3.3. Șomajul

Șomajul este contextul psihosocial cu rol extrem defavorizant pentru îmbolnăvire.

Este un stresor major care depinde de un complex de factori (7):

- nivelul de aspirații și posibilități ale individului;
- nivelul de anxietate bazală;
- nivelul financiar;
- posibilități de reconversie profesională;
- suportul social (informațional și afectiv);
- sistemul de asigurări (compensator în țările dezvoltate).

Distress-ul creat de șomaj se manifestă atât în etapa premergătoare (anxietate foarte crescută) cât și în etapa de căutare a unui nou loc de muncă (depresie în cazul duratei prelungite și condițiile de mai sus negative).

Efectele asupra sănătății sunt majore, culminând cu apariția infarctului miocardic, scăderea imunității și tentativele de suicid (7).

Substratul acestor sindroame clinice este justificat de tulburările psihofiziologice evidențiate prin **creșteri tensionale** și la nivelul analizelor de laborator: **creșterea catecolaminelor urinare, a cortizolului și a lipidelor serice** (Theorell – ibidem).

C. Supraîncărcarea allostatică – etapă facultativ premorbidă

Hans Selye (10) a introdus conceptul de „**energie de stres**” prin care a dorit să rezume toate abilitățile psihosociale ale unui individ și mecanismele psihofiziologice aferente puse în slujba adaptării la multitudinea de stresuri generate de infinitele schimbări din viața individului respectiv. Fiecare stres – indiferent de rezultatul obținut în planul adaptării (reusită sau eșec) – „consumă” din energia de stres pe toată durata vieții individului și, atunci când nu mai rămâne nimic, survine moartea.

„Scopul” adaptării era definit prin conceptul de homeostazie, desemnând un ansamblu de parametri biologici (de exemplu, glicemia) sau psihologici (de exemplu, procesele cognitive) a căror menținere în perimetrul unor limite cantitative și calitative este necesară funcționării normale a organismului uman.

Mai recent (1993), McEwen și Stellar (11) desemnează un concept asemănător, **allostaza** – considerată ca o capacitate a organismului de a-și păstra stabilitatea energiei de stres – este **încărcarea allostatică („allostatic load”)** (AL) similar cu termenul de încărcătura de stres folosit de noi (12), corespunzând unei mari acumulări de stresuri.

Theorell (7) consideră încărcarea sau, mai precis, **supraîncărcarea („overload”) allostatică o stare premorbidă multisistemică, incluzând niveluri subclinice ale unor parametri metabolici, imunologici, endocrini și cardiovasculari.**

AL este considerat ca un **predictor important pentru viitoarele îmbolnăviri și deces**, dar și pentru o funcționare psihosocială deficitară (Seeman și colab. citat de 7).

Fava și colab. (13) consideră că stresul psihosocial este determinat nu numai de schimbările de viață, ci și de situațiile de viață subtile/discrete, dar persistente, deoarece „stresurile din viața zilnică pot fi experimentate de individ ca taxându-i sau depășindu-i schemele de *coping*”. Ei au propus o *check list* cuprinzând stresori din această categorie.

Westerland și colab. (14) evaluează, ca un factor de risc pentru o AL crescută la maturitate, acumularea de evenimente de viață sau dificultățile cronice din cursul

copilăriei, grupate sub termenul de „**adversitate în copilărie**”. Din acest grup fac parte schimbările frecvente de locuință, aglomerația în spații reduse de locuit, șomajul, bolile somatice și psihice ale părinților, inclusiv consumul de substanțe.

Această AL din cursul copilăriei contribuie, conform autorilor menționați, la afectarea viitorilor adulți de stresul profesional.

Parametrii biologici ai AL (7):

- TA sistolică și diastolică;
- indicele de masă corporală și circumferința taliei;
- nivelurile serice ale colesterolului, ale HDL, ale trigliceridelor, ale apolipoproteinelor A și B, ale glucozei, ale CRP și ale cortizolului diurn;
- statusul imunitar, activitatea hipotalamo-hipofizo-suprarenală.

Acești parametri sunt incluși în deja menționata *check-list* elaborată de Fava și colab. (15).

Bibliografie:

1. Bennet P. (200) – *Introduction to clinical health psychology*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
2. Thorp B. (1990) – *Seminar anti-stres* (ciclu de 5 conferințe). Material litografiat. București – 4-8 oct.
3. Karasek R., Theorell T. (1990) – *Healthy work – stress, productivity and reconstruction of working life*. New York Basic Books.
4. Siegrist J. (2008) – Chronic psycho-social stress at work and risk of depression. *Eur Arch. Psychiat. Clin. Neurosci* 258 (Suppl. 5), 115-119.
5. Buddeberg C., Willi J. – *Psychosoziale Medizin*, Springer, Basel.
6. Karasek. cit Theorell T. et al. (1988) – Changes in job strain in relation to changes in physiological state. *Work Env. Health*.
7. Theorell T. (2012) – Evaluating life events and chronic stressors in relation to health. 58-71 în Fava G.A., Sonino N. Wise T.N. (2012) – *The psychosomatic Assessment* – Kargul, Basel.
8. Eller N.H. et al (2009) – Work related psychosocial factors and development of CHD. *Cardiol. Revue* 17, 83-97.
9. Sensky T. (2010) – Chronic embitterment organisational justice. *Psychother Psychosom*, 79, 65-72.
10. Seyle H. (1968) – *De la vis la descoperire*. Ed. Medicală, București.
11. McEwan B.S. (1998) – Proective and damaging effects of stress mediators. *N. Engl. J. Med.* 339, 171-179.
12. Iamandesc I.B. (1993) – *Stresul psihic și bolile interne*. Ed. ALL București.
13. Fava G.A., Sonino N., Wise T.N. (2012) – *The psychosomatic Assessment* – Kargul, Basel.
14. Westerlund H., Gustafson P.E., Theorell T. et. al – *Social adversity in adolescence*. cit Theorell (7).
15. Fava G.A. et al. (2010) – Clinical Assessment of allostatic load and clinimetric criteria. *Psychother. Psychosom.* 79, 280-284.

CAPITOLUL 5

ASPECTELE PSIHIATRICE ÎN BOLILE CARDIOVASCULARE

I. **Anxietatea în bolile cardiovasculare**

Ioana Cioca

1. **Introducere**

Anxietatea reprezintă o emoție negativă, care se produce ca răspuns la amenințări percepute, amenințări ce pot proveni din surse interne sau externe și pot fi reale sau imaginare. Anxiety se caracterizează printr-o incapacitate percepută de a prezice, de a controla sau de a obține rezultatele așteptate atunci când individul se confruntă cu o amenințare. Anxiety, ca toate emoțiile, are componente cognitive, neurobiologice și comportamentale. Deși anxiety este adesea comorbidă cu depresia, cea din urmă este o emoție distinctă. De obicei, caracterizată ca un sentiment negativ, anxiety poate oferi protecție atunci când declanșează răspunsuri de *coping* care protejează individul de amenințări. În acest fel, anxiety poate fi adaptativă (anxiety bazală nonpatologică), dar devine maladaptativă atunci când crește sau persistă la un asemenea grad, încât individul nu mai poate funcționa eficient în viața de zi cu zi. În acest stadiu, anxiety poate avea consecințe negative pentru individ.

Anxiety se poziționează pe un continuum de la normal la patologic, existând mai multe tulburări de anxiety (tulburări de panică, anxiety fobică, anxiety generalizată, reacții de anxiety, tulburarea de stres posttraumatic). În ciuda varietății de manifestări a anxiety, dovezile indică faptul că toate reacțiile anxioase au componente similare la nivel cognitiv, neurobiologic și comportamental, iar anxiety diagnosticată clinic, cât și anxiety subclinică nu sunt fenomene diferite fundamentale. Astfel, posibila legătură dintre anxiety și riscul pentru evenimentele bolilor cardiovasculare are implicații pentru persoanele care au semne sau simptome de anxiety, și nu doar pentru pacienții diagnosticați cu o tulburare de anxiety clinică.

2. Clasificarea tulburărilor de anxietate și legătura lor cu bolile cardiovasculare

Tulburările de anxietate se încadrează în mai multe categorii. Iată câteva dintre ele:

- Atacul de panică – poate fi asociat cu boli cardiace sau chiar confundat cu un atac de cord. Manifestările de agitație extremă și teroare sunt adesea însoțite de amețeli, dureri în piept, disconfort gastric, dificultăți de respirație și o rată rapidă a bătăilor inimii.
- Tulburarea de stres posttraumatic (TSPT) – o stare care poate urma unui incident șocant, înfricoșător sau un eveniment brusc ce pune viața în pericol, cum ar fi o tentativă de crimă violentă, un accident major sau un atac de cord. O persoană care suferă de TSPT întâmpină de multe ori dificultăți în a face față oricărui eveniment asociat cu incidentul care i-a cauzat starea și resimte sentimente de nervozitate și de detașare.
- Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) – persoanele cu TOC resimt gânduri negative și griji efectuând aceleași acțiuni în mod repetat. De exemplu, un individ obsedat de simptomele cardiovasculare pe care le prezintă, simptome care au fost verificate și clarificate de către un medic, le poate cerceta în mod compulsiv sau poate găsi simptome noi la nesfârșit.

3. Diagnosticul diferențial între atacul de panică și atacul de cord

Unele tulburări de anxietate pot fi mascate ca boli cardiace, așa cum este cazul cel mai frecvent al tulburării de panică. Simptomele atacului de panică imită adeseori pe cele ale infarctului miocardic și pot să includă dureri în piept, dificultăți de respirației disconfort stomacal, amețeală și senzația morții iminente. Într-adevăr, până când nu este diagnosticat corespunzător, pacientul poate crede că suferă un infarct atunci când intră în panică, acest fapt conducând la repetate vizite la camera de gardă și la proceduri de diagnosticare costisitoare.

Atacurile de panică și atacurile de cord pot avea simptome similare, ba chiar identice. Orice persoană care acuză durere bruscă și severă în piept – tratată sau nu pentru tulburare de anxietate – ar trebui însă, să meargă la camera de gardă. Medicul va testa sângele pacientului pentru enzimele specifice musculare cardiace. De obicei, dacă testul este negativ, nu este vorba despre un atac de cord. Un cardiolog conștient de problemele legate de anxietate și depresie va ști cum să deosebească simptomele de atac de panică de cele ale atacului de cord și va prescrie pacientului medicamente pentru tratamentul tulburării de panică sau al oricărui alt tip de anxietate.

În timp ce atacurile de panică nu sunt mortale, există dovezi că pacienții cu tulburări de panică au variabilitatea ritmului cardiac redusă, acest lucru reprezentând un cunoscut factor de risc pentru aritmia cardiacă și moartea subită (1, 2).

Mai mult, cu toate că legătura dintre anxietatea postinfarct miocardic și ulterioare morbidități și/sau mortalități cardiace nu este la fel de bine stabilită ca și

pentru depresia postinfarct miocardic, există o creștere a consensului că anxietatea la pacienții cu boli de inimă poate fi un factor de risc pentru moartea subită de cauză cardiacă (3). Astfel, recunoașterea unui atac de panică în absența unei boli cardiace ischemice este importantă, atât pentru sănătatea inimii cât și pentru bunăstarea psihologică.

În concluzie, pacienții cu tulburare de anxietate pot, de asemenea, prezenta simptome cardiace, în absența demonstrării existenței unei boli cardiace. Totuși, având în vedere dovezile conform cărora tulburarea de anxietate idiopatică este asociată cu ritm cardiac redus și reprezintă un factor de risc independent pentru bolile cardiace, prezența „durerii în piept necardiogene” nu ar trebui să fie banalizată.

Considerând impactul negativ al anxietății în cazul cardiacilor, este important să se determine cu acuratețe care dintre pacienți prezintă anxietate în scopul de a fi tratați cât mai eficient. Din păcate, anxietatea este luată rar în considerare de către clinicieni în evaluările de rutină și, în plus, niciun regim standardizat de manageriere a anxietății nu pare a fi ușor de implementat.

Pentru o mai bună înțelegere a evaluării anxietății au fost realizate studii (4) ce furnizează informații folositoare pentru practica în îngrijirea cardiacă critică. Autorii au studiat evaluarea clinicienilor asupra anxietății și practicile lor de manageriere a acesteia. Rezultatele indică faptul că 74% dintre clinicieni au crezut că anxietatea poate fi nocivă stării de sănătate, iar managementul anxietății este important și eficient. Majoritatea au raportat folosirea managementului farmaceutic al anxietății, iar unii au utilizat, de asemenea, intervenții legate de furnizarea de informații și comunicare. Mai puțini au folosit prezența unui membru din familia pacientului pentru atenuarea anxietății sau au raportat utilizarea tehnicilor de reducere a stresului.

Asistenții medicali care au răspuns studiului au indicat că agitația, valorile ridicate ale presiunii sangvine, tahicardia, verbalizarea stării de anxietate a pacientului și neliniștea sunt cei mai importanți indicatori ai anxietății (5). Într-un alt studiu (6), asistenții au raportat că au folosit adesea neliniștea, agitația, valorile ridicate ale presiunii sangvine, tahicardia, rata crescută a respirației și diaforeza crescută ca indicatori ai anxietății. Mai puțin de 5% dintre infirmieri au considerat verbalizarea anxietății pacientului un element important în evaluarea anxietății.

Însă, un alt studiu a atras atenția asupra faptului că tahicardia și valorile ridicate ale presiunii sangvine nu reflectă corect nivelul anxietății și nu ar trebui utilizate în evaluarea acesteia la pacienții grav bolnavi (7). Deci, în cazul pacienților cardiaci, tahicardia și presiunea sangvină ridicată nu reflectă corect nivelul de anxietate și nu ar trebui să fie folosite exclusiv pentru a o evalua. Așadar, clinicienii care utilizează creșteri ale frecvenței cardiace sau ale presiunii sangvine ca indicatori ai anxietății nu vor recunoaște și, deci, nu vor trata anxietatea, expunându-și astfel pacienții riscurilor consecințelor anxietății netratate.

4. Efectele anxietății asupra inimii

Când un subiect experimentează anxietatea, corpul său reacționează într-un mod care pune presiune mare asupra cordului. Simptomele fizice ale anxietății pot fi în mod special dizabilitante pentru pacienții cu boli cardiovasculare. Anxietatea poate fi asociată cu următoarele tulburări cardiace și factori de risc cardiac:

- tahicardia – poate interfera cu funcționarea normală a inimii și poate crește riscul unui episod cardiac acut;
- hipertensiunea arterială – dacă este cronică, poate conduce la boli cardiace, poate slăbi mușchiul cardiac și poate provoca insuficiență cardiacă;
- bradicardia – poate crește incidența decesului după un atac cardiac acut.

Anxietatea este în strânsă legătură cu un nivel ridicat de frică și incertitudine. Când acestea rețin pacientul care suferă un atac de cord sau o boală cardiovasculară de la a urma sfatul și tratamentul prescris de către medicul cardiolog, anxietatea poate avea un impact major asupra recuperării. Prezența anxietății poate compromite complianța terapeutică (respectarea exercițiilor, a medicației și dietei recomandate), poate submina suportul social (a comunica cu prietenii și familia) și reinserția socioprofesională (a lua din nou în considerare un loc de muncă și responsabilitățile în familie).

5. Relația bidirecțională dintre anxietate și bolile cardiovasculare

Oamenii de știință au ipotetizat de secole o relație între emoții și inimă, iar cercetări recente susțin această afirmație. În particular, un organism care experimentează aceste emoții negative, inclusiv anxietate, prezintă un risc crescut pentru afecțiuni cardiace, iar, pe de altă parte, prezența anxietății la pacienții cu afecțiuni cardiace crește morbiditatea și posibil mortalitatea. Clinicienii care tratează pacienți cu afecțiuni cardiace sau pe cei suspecti de afecțiuni cardiace întâlnesc forme variate de anxietate, variind de la reacții normale la suferințe acute la o tulburare anxioasă mascată de o afecțiune cardiacă.

Conexiunile dintre inimă și emoții au fost postulate de secole. Un număr tot mai mare de studii sugerează că afectul negativ, implicit anxietatea, conduce la o creștere a riscului pentru bolile cardiace (8, 9) și că prezența unor stări afective negative este asociată cu un prognostic nefavorabil pe termen lung (10, 11).

În afară de a fi printre cele mai comune boli psihiatrice în Statele Unite, tulburările anxioase ca grup sunt suprareprezentate la pacienții cu afecțiuni cardiace (12, 13).

Anxietatea poate juca un rol important în ceea ce privește bolile cardiovasculare. O analiză atentă a anxietății ne dezvăluie modul prin care aceasta poate avea un impact puternic asupra bolilor cardiovasculare, atât ca un factor declanșator, cât și ca un impediment în recuperare, constituind un veritabil cerc vicios extrem de periculos, anxietate – boală cardiovasculară – anxietate.

Există tot mai multe dovezi că anxietatea este un factor de risc independent pentru dezvoltarea bolilor cardiovasculare. Studii ale relației dintre anxietate și

bolile cardiovasculare includ cercetări în rândul persoanelor sănătoase inițial, urmărite pentru a detecta apariția ulterioară a bolilor cardiovasculare și în rândul pacienților cu boli cardiovasculare, urmăriți pentru a detecta apariția de noi evenimente legate de aceste boli. În studiile în rândul persoanelor de cele mai multe ori sănătoase inițial, deși nu toate, rezultatele au indicat faptul că anxietatea, în multe forme, a fost de ajutor în predicția viitorului infarct miocardic sau deces din cauza bolilor cardiovasculare, independent de alți factori de risc majori pentru aceste rezultate (14, 15). Anxietatea în rândul persoanelor inițial sănătoase poate prezice frecvent viitoare cazuri de infarct miocardic acut sau moarte din cauza bolilor cardiovasculare, independente de alți factori de risc majori (7). Anxietatea este independent asociată cu un risc crescut de complicații ce necesită spitalizare la pacienții cu infarct miocardic. Această relație este însă atenuată la pacienții cu un grad crescut de control perceput, iar intervențiile care cresc percepția controlului pacienților pot ajuta la diminuarea legăturii dintre anxietate și bolile cardiovasculare (7).

5.1. Anxietatea crește riscul bolilor cardiovasculare

Într-un studiu longitudinal relativ recent (16), autorii au intervievat peste 6 500 de bărbați și femei din Scoția. Dintre toate persoanele chestionate, aproximativ 15% au fost considerate ca având stres psihologic sau anxietate. Au fost prelevate probe de sânge pentru a stabili factorii de risc care provoacă bolile cardiovasculare. De asemenea, s-au luat informații medicale suplimentare de la participanți cu privire la înălțimea, greutatea, activitatea fizică, consumul de alcool și dacă aceștia erau sau nu fumători. După șapte ani de supraveghere a participanților, a fost înregistrat un număr total de 223 de accidente cardiovasculare, dar și 63 de decese. Cercetătorii studiului au arătat că anxietatea poate fi o cauză indirectă a numărului mare de probleme cardiovasculare. Fumatul și lipsa activității fizice erau mai frecvente la persoanele care sufereau de stres psihologic. Acești indicatori erau cei mai probabili să reprezinte cauza directă a bolilor cardiovasculare. Totodată, a fost destul de evident că persoanele care sufereau de stres psihologic erau predispuse să recurgă la aceste activități. Potrivit acestui studiu, anxietatea nu a fost principala cauză a producerii bolilor cardiovasculare, dar era cu siguranță unul dintre factorii etiologici importanți.

Studiile viitoare ar putea să arate dacă tratamentul pentru anxietate poate să scadă riscul producerii bolilor de inimă, ajutându-i pe pacienți să-și formeze un stil de viață sănătos. Desigur că tratamentul împotriva anxietății ar trebui să includă programe de exerciții fizice, dar și programe pentru renunțarea la fumat. Acest lucru poate duce în mod sigur la un stil de viață sănătos.

Totuși, cu o excepție, cea a anxietății fobice, care a fost legată de moartea cardiacă bruscă (17), cercetările care au evaluat o potențială conexiune între anxietate și moartea cardiacă au fost contradictorii. În unele studii (18, 19), niveluri ridicate de anxietate au fost predictive pentru evenimente de boli cardiovasculare (de exemplu, recidiva infarctului, angină pectorală instabilă, moarte din cauza bolilor cardiovasculare). Unele studii (20, 21) demonstrează că anxietatea este asociată cu creșterea mortalității cardiace la pacienții cu boli cardiace, în

timp ce altele (22, 23, 24), nu găsesc nicio creștere a mortalității sau găsesc chiar un efect protectiv al anxietății la pacienții care au suferit infarct de miocard (25).

Un alt studiu recent (26) arată următorul lucru: cu cât este mai mare stresul psihologic, indiferent dacă se manifestă sub forma unei depresii sau a unei anxietăți, cu atât mai mari sunt și șansele de deces pe parcursul studiului. Și chiar și cea mai ușoară formă de depresie sau anxietate face diferență, crescând cu 20% riscul de deces, din orice cauză, și riscul decesului în special, din cauza bolilor cardiovasculare cu 29%. Pentru aceia cu un nivel crescut de depresie sau anxietate, există șanse cu 94% mai mari de a deceda pe parcursul perioadei de studiu. Astfel, cercetătorii au atras atenția cu privire la faptul că persoanele cu depresie patologică nu sunt în mod automat predispuse la o moarte timpurie, dar au considerat aceste rezultate o indicație bună că cele care suferă de anxietate sau depresie – chiar și la un nivel mai scăzut – ar trebui să urmeze un tratament.

Unele studii (27) au dezvăluit o asociere pozitivă între anxietate și hipertensiune arterială. Aceste asociații sunt bidirecționale, pacienții cu hipertensiune arterială fiind mult mai susceptibili de a avea anxietate și cei cu anxietate fiind mult mai susceptibili de a avea hipertensiune arterială. Studiile longitudinale indică un risc crescut de dezvoltare a hipertensiunii arteriale la pacienții care suferă de anxietate. Studiile mai convingătoare arată legăturile dintre simptomele anxietății și ale diverselor tulburări, inclusiv atacuri de panică și de PTSD, și simptomatologia cardiovasculară.

Hipertensiunea arterială, bolile coronariene (CHD) și anxietatea cresc toate substanțial mortalitatea pacienților și costurile pentru sistemul de asistență medicală. Asocierile dintre aceste boli au fost studiate de zeci de ani și pe baza lor s-au emis diverse ipoteze. În special, factorii de stres psihosocial asociați cu tulburările anxioase cresc activitatea vegetativă prin axa hipotalamo-hipofizară, care crește, la rândul ei, nivelul catecolaminelor circulante. Această excitație sporită este asociată cu un risc crescut de hipertensiune și o stare pro-inflamatorie și, în consecință, apariția bolilor coronariene. Această asociere se referă la întregul spectru de tulburări anxioase (anxietate generalizată, sindrom posttraumatic de stres, atacuri de panică și sindrom obsesiv-compulsiv).

Conform unor noi studii, tulburările anxioase cresc fără echivoc, în mod semnificativ, riscul de a dezvolta boli de inimă și, de asemenea, șansele de a suferi un eveniment cardiac fatal. Unul dintre ele (28) analizează datele combinate de la 20 studii cu privire la aproape 250 000 de persoane, pe o perioadă de urmărire medie de 11 ani. Cercetătorii au descoperit că anxietatea a fost asociată cu un risc de 26% de boli cardiace coronariene și un risc de 48 % de deces printr-o afecțiune cardiacă, pe parcursul perioadei de urmărire, chiar și după ajustarea factorilor de risc specifici bolii.

Un alt studiu longitudinal (29) a constatat, de asemenea, că tulburările anxioase sunt predictive pentru bolile de inimă, chiar și după controlarea celorlalți factori de risc, cum ar fi tensiunea arterială și fumatul. Anxietatea crește de peste două ori riscul ulterior de a dezvolta blocaje coronariene sau de a avea un atac de cord. Aceștia au examinat datele obținute de la 50 000 de tineri suedezi evaluați pentru serviciul militar, cu vârste între 18 și 20 de ani, cu un *follow-up* de aproximativ 37 de ani.

5.2. Bolile cardiovasculare cresc riscul dezvoltării unei tulburări anxioase

„Anxietatea normală” și bolile cardiace

După evenimente majore ale inimii, ca infarctul de miocard sau procedura de revascularizare coronariană, anxietatea este normală. Pacienții se confruntă brusc cu propria mortalitate și este de înțeles potențialul impact al diagnosticului și al bolii față de ocupațiile proprii, viața personală și relațiile cu alte persoane. Este important pentru medicul care tratează să anticipeze această „boală normală legată de anxietate” și să se adreseze prompt pentru a preveni complicațiile ce pot fi evitate.

Pacienții cu boli cardiovasculare, în special cei cu dispozitive cardiace implantabile, inclusiv stimulatoare cardiace și dispozitive de asistență ventriculară, prezintă o incidență mai mare a anxietății. Se întâmplă adesea să se perceapă o pierdere a controlului predictibilității, care poate duce inclusiv la simptome de anxietate precum: insomnie, neliniște, modificări ale apetitului, iritabilitate, cefalee, oboseală.

Anxietatea este comună, chiar mai mult decât depresia, printre persoanele cu boli cardiovasculare cronice și printre cele care se confruntă cu recuperarea în urma unor evenimente cardiace acute sau intervenții. Prevalența anxietății este ridicată la aproximativ 70%–80% dintre pacienții care au experimentat un eveniment cardiac acut (30); anxietatea persistă pe termen lung în aproximativ 20-25% dintre pacienții cu boli cardiovasculare (31). Chiar și printre pacienții diagnosticați cu boli cardiovasculare care nu au experimentat un eveniment acut sau o intervenție cerută, prevalența anxietății este de aproximativ 20-25% (32). Deși anxietatea este o reacție așteptată și chiar justificată la un eveniment cardiac acut sau la amenințările trăirii cu o boală cronică, anxietatea care este persistentă sau extremă nu este normală și are consecințe negative pentru sănătatea pacienților.

Anxietatea poate împiedica adaptarea psihosocială a cronicizării bolii cardiovasculare, cât și recuperarea fizică în urma unui eveniment acut. O mai mare anxietate prezice calitatea slabă a vieții printre pacienții cu boli cardiovasculare (33). Anxietatea împiedică abilitățile de autoîngrijire ale pacienților (34); deseori, pacienții excesiv de anxioși nu pot învăța sau acționa referitor la informațiile despre modificările stilului de viață și au dificultăți în respectarea prescripțiilor pentru medicamente, activități și dietă (35). Pacienții anxioși experimentează probleme în confruntarea cu provocările; ei le percep ca pe niște bariere insurmontabile (36). Anxietatea persistentă poate prezice un handicap, crește semnele și simptomele fizice, și mai grav, poate înrăutăți starea funcțională (37). Pacienții anxioși cu boli cardiovasculare revin la locul de muncă într-un ritm mai lent sau nu revin deloc, comparativ cu pacienții fără anxietate (38). De asemenea, anxietatea interferează și cu revenirea la activitățile sexuale ale pacienților ce au suferit un eveniment cardiovascular acut (39). Pacienții cu anxietate susținută pot experimenta „invalidism cardiac”, un termen provenit din limbajul comun, dar care descrie în mod eficient un subset de pacienți cu boli cardiovasculare al căror nivel de debilitate sau invaliditate, după un diagnostic de boală cardiovasculară sau un eveniment acut, este inexplicabil luând în considerare gravitatea stării lor fizice (37).

O reacție „normală” la un atac de cord poate fi asemănătoare cu o tulburare posttraumatică de stres. Pacientul este predispus la a fi marcat de experiența în care era aproape să moară și este foarte ezitant în a face lucrurile pe care le făcea de obicei. El se poate în mod constant consola în legătură cu evenimentul ce i-a pus viața în pericol și poate evita activitatea sau locul asociat cu atacul de cord. Având gânduri negative își poate reduce abilitatea de a avea un somn regulat, iar gândurile sale în legătură cu ce o să se întâmple de acum pot fi foarte negative și îi pot reduce perspectiva de viitor.

Evenimentele cardiace serioase sunt traumatizante și periculoase pentru viață. Unii pacienți dezvoltă gânduri intruzive, amintiri, coșmaruri despre evenimentul cardiac; evită situațiile care le reamintesc de eveniment și le crește excitarea (de exemplu, iritabilitatea, insomnia). Când aceste evenimente au fost prezente pentru mai puțin de o lună (dar dezvoltate în 4 săptămâni de la eveniment), ei sunt considerați ca având tulburare de stres acut (TSA). Dacă persistă mai mult de o lună, ei sunt clasificați ca având tulburare de stres posttraumatic (TSPT).

Sigur, pacienții cu boli cardiace pot avea un risc particular de dezvoltare a TSPT. De exemplu, un studiu recent (40) a găsit o răspândire a TSPT la 27% dintre supraviețuitorii unui stop cardiac, la doi ani după incident. În alt studiu (41) care implică pacienți pediatrici cu vârste cuprinse între 5-12 ani și care au suferit intervenții chirurgicale cardiace, 12% îndeplinesc criteriile pentru TSPT și 23% și-au crescut simptomatologia în TSPT între 4 și 8 săptămâni după operație.

O treime din populația care prezintă riscul să dezvolte TSPT sau tulburări de panică sunt pacienții cu un defibrilator cardiac implantat, la care o declanșare neașteptată a acestuia poate fi raportată ca o conducere la un spectru plin de simptome ale TSPT (42) sau la tulburări de panică (43).

În plus, tulburarea de panică este asociată cu infarctul miocardic, unii pacienți dezvoltă repetate și neașteptate atacuri de panică după experiența unui infarct de miocard (44). Aceste atacuri de panică sunt frecvent declanșate de palpitații sau alte simptome fizice pe care pacientul le experimentează pe toată durata atacului de panică original. Ca și în cazul tulburării idiopatice de panică, pacienții dezvoltă frecvent agorafobii și evită activitățile pe care ei le asociază cu simptome cardiace (de exemplu, exercițiile fizice). Întrucât exercițiul fizic este o parte fundamentală a reabilitării cardiace, dezvoltarea tulburării de panică poate împiedica progresul spre recuperare, în plus reducând și calitatea vieții.

Un studiu (7) a arătat că anxietatea după infarctul miocardic acut (IMA) este asociată cu risc crescut de complicații în spital, cum ar fi aritmii cu potențial letal, ischemie continuă și reinfarct. Anxietatea, de asemenea, este asociată cu viitoarele evenimente coronariene și cu mortalitatea la interval de luni sau chiar ani după IMA. Chiar și la cei cu boli cardiovasculare care nu au suferit un eveniment cardiac, incidența anxietății este mare.

Oamenii din toate culturile și țările experimentează anxietate. Cu toate acestea, diferențele culturale sau etnice pot fi evidente în exprimarea anxietății, cât și în răspunsul biologic la anxietate. Cultura, de asemenea, poate influența percepțiile asupra unei situații generatoare de stres. Pentru toate aceste motive, investigarea anxietății în urma IMA în diferite grupuri culturale este importantă. Astfel, a fost realizat un studiu prospectiv (7) și comparativ pentru a determina dacă

nivelurile de anxietate apărute imediat după IMA erau diferite printre pacienți din cinci țări diferite. Concluzia studiului a fost aceea că pacienții cu IMA din fiecare țară studiată au raportat un nivel ridicat de anxietate, ceea ce sugerează că anxietatea după IMA este un fenomen universal. Așadar, autorii subliniază faptul că, având în vedere impactul potențial negativ al anxietății asupra prognosticului și a calității vieții după IMA, clinicienii și cercetătorii ar trebui să continue să exploreze intervenții pentru a trata anxietatea și pentru a minimiza efectele sale nedorite. O altă concluzie a studiului a fost aceea că femeile au fost mai îngrijorate decât bărbații imediat după IMA. Femeile au raportat niveluri medii de anxietate cu 25% mai mari decât cele raportate de bărbați, și de două ori mai multe femei decât bărbați din eșantion au raportat anxietate în intervale extreme. Anxietatea ar trebui să fie evaluată și gestionată la toți pacienții, dar medicii trebuie să recunoască acele grupuri de pacienți care prezintă risc crescut pentru anxietate.

6. Tratamentul anxietății la pacienții cardiaci

Este important să se diferențieze anxietatea normală de alte tipuri mai severe. Anxietatea interferează cu viața de familie sau îi reține pe pacienți de a fi productivi în viața profesională. Îi reține și din implicarea în activitățile care le fac plăcere. În acest caz, este vorba de acel tip de anxietate care poate necesita un anumit grad de tratament sau îngrijire medicală.

În funcție de durata, severitatea și tipul de anxietate, tratamentul poate include psihoterapie, medicație sau o combinație a celor două. O metodă obișnuită și eficientă de tratament este terapia cognitiv-comportamentală (TCC), care implică trei componente principale:

- **Gestionarea anxietății** – scopul este de a împiedica pacientul să acorde prea multă importanță anxietății cu privire la viitor, care este imposibil de controlat, și de a ajuta pacientul să se concentreze pe prezent. Gestionarea anxietății va implica exerciții de relaxare, concentrări senzoriale și tehnici de yoga.
- **Restructurarea cognitivă** – persoanele cu tulburări de anxietate tind să „catastrofizeze” sau să se axeze prea mult pe posibilitatea unor evenimente dezastruoase sau apocaliptice. Restructurarea cognitivă prezintă o serie de etape logice care au scopul de a dovedi că anticiparea evenimentelor și a situațiilor neplăcute nu este benefică pentru sănătate și se încearcă înlocuirea gândurilor distructive (disfuncționale) cu unele alternative, mai constructive și mai sănătoase.
- **Terapia de expunere** – caută să expună treptat și în mod repetat pacientul la activități sau medii care provoacă anxietate. Rezultatul de succes este atins atunci când individul poate gestiona în mod eficient anxietatea. Exemplele includ depășirea fricii de a traversa un pod, de a zbura cu avionul sau de a petrece timpul într-un loc asociat cu un accident sau o traumă.

Tratamentul de primă linie al anxietății la pacienții cu boli cardiace ar trebui să cuprindă psihoeducație, terapie cognitiv-comportamentală și, în unele cazuri, terapie farmacologică, de exemplu, un inhibitor selectiv al recaptării serotoninei.

Cele mai eficiente metode de comportament includ psihoeducația, desensibilizarea la evitarea situațiilor prin grad de expunere (imaginar sau actual), tehnici de respirație, tehnici de imagerie dirijată și tehnici progresive de relaxare. În psihoterapie, pacienții trebuie încurajați să-și discute emoțiile despre eveniment (de exemplu, teama, furia, vina) și să se asigure că acestea sunt comune reacțiilor din pericolele obișnuite ale vieții (45).

7. Concluzii

Anxietatea este des întâlnită în rândul pacienților cardiaci, are potențiale consecințe grave dacă este netratată și este încă rar evaluată și manageriată corespunzător. Evaluarea și tratamentul anxietății ar trebui să fie o parte din îngrijirea fiecărui pacient cu probleme cardiace pentru a grăbi recuperarea și a descrește riscul pacientului la apariția evenimentelor cardiace recurente. Viitoare studii cu privire la acest subiect ar trebui focusate pe delimitarea mecanismelor prin care anxietatea cauzează rezultate slabe la acești pacienți. S-a emis ipoteza că atât mecanismele fiziologice (activarea sistemului nervos simpatic), cât și cele comportamentale (aderență slabă) mediază legătura dintre anxietate și rezultatele slabe. Cercetările în acest domeniu sunt importante pentru a-i ajuta pe clinicieni să determine cele mai bune moduri de a-i face pe pacienți să reducă efectele adverse ale anxietății. Este, de asemenea, vitală dezvoltarea și testarea intervențiilor care scad anxietatea și îmbunătățesc efectele adverse asociate cu anxietatea. În această privință, rolul strategiilor nonfarmaceutice și al celor farmaceutice trebuie să fie investigate. În concluzie, toți clinicienii ar trebui să realizeze importanța anxietății în rezultatele finale ale pacienților cardiaci și ar trebui să se angajeze cu seriozitate în evaluarea și managementul anxietății la acești pacienți.

Bibliografie

1. Lombardi F., Makikallio T.H., Myerburg R.J., Huikuri H.V. (2001) – Sudden cardiac death: role of heart rate variability to identify patients at risk. *Cardiovasc Res.* 50(2):210-217.
2. Routledge H.C., Chowdhary S., Townend J.N. (2002) – Heart rate variability – a therapeutic target? *J. Clin. Pharm. Ther.* 27(2):85-92.
3. Gorman J.M., Sloan R.P. (2000) – Heart rate variability in depressive and anxiety disorders. *Am. Heart. J.* 140 (suppl 4):77-83.
4. O'Brien J.L., Moser D.K., Riegel B., Frazier S.K., Garvin B.J., Kim K.A. (2001) – Comparison of anxiety assessments between clinicians and patients with acute myocardial infarction in cardiac critical care units. *Am. J. Crit. Care.* 10:97-103.
5. Frazier S.K., Moser D.K., Riegel B., et al. (2002) – Critical care nurses' assessment of patients' anxiety: reliance on physiological and behavioral parameters. *Am. J. Crit. Care.* 11:57-64.
6. Moser D.K., Chung M.L., McKinley S., et al. (2003) – Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive Crit Care Nurs.* 19:276-288.

7. Moser D.K. (2007) – The Rust of Life: Impact of Anxiety on Cardiac Patients, *Am J Crit Care* 16:361-369.
8. Kubzansky L.D., Kawachi I. (2000) – Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *J. Psychosom Res.* 48(4-5):323-337.
9. Eng P.M., Fitzmaurice G., Kubzansky L.D., Rimm E.B., Kawachi I. (2003) – Anger expression and risk of stroke and coronary heart disease among male health professionals. *Psychosom Med.* 65(1):100-110.
10. van Melle J.P., de Jonge P., Spijkerman T.A., et al. (2004) – Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med.* 66(6):814-822.
11. Strik J.J., Denollet J., Lousberg R., Honig A. (2003) – Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J. Am. Coll. Cardiol.* 42(10):1801-1807.
12. Harter M.C., Conway K.P., Merikangas K.R. (2003) – Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 253(6):313-320.
13. Lavoie K.L., Fleet R.P., Laurin C., Arsenault A., Miller S.B., Bacon S.L. (2004) – Heart rate variability in coronary artery disease patients with and without panic disorder. *Psychiatry Res.* 128(3):289-299.
14. Kawachi I., Colditz G.A., Ascherio A., et al. (1994) – Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation.* 89:1992-1997.
15. Eaker E.D., Pinsky J., Castelli W.P. (1992) – Myocardial infarction and coronary death among women: psychosocial predictors from a 20-year follow-up of women in the Framingham Study. *Am J Epidemiol.* 135:854-864.
16. Bailey E. (2008) – Depression, Anxiety Spur Poor Health Habits, Damaging Heart And Blood, American College of Cardiology.
17. Albert C.M., Chae C.U., Rexrode K.M., Manson J.E., Kawachi I. (2005) – Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women. *Circulation.* 111(4):480-487.
18. Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M. (1995) – The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychol.* 14:388-398.
19. Denollet J., Brutsaert D.L. (1998) – Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation.* 97:167-173.
20. Grace S.L., Abbey S.E., Irvine J., Shnek Z.M., Stewart D.E. (2004) – Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events. *Psychother Psychosom.* 73(6):344-352.
21. Lavie C.J., Milani R.V. (2004) – Prevalence of anxiety in coronary patients with improvement following cardiac rehabilitation and exercise training. *Am. J. Cardiol.* 93(3):336-339.
22. Frasure-Smith N., Lesperance F., Gravel G., Masson A., Juneau M., Bourassa M.G. (2002) – Long-term survival differences among low-anxious, high-anxious and repressive copers enrolled in the Montreal heart attack readjustment trial. *Psychosom Med.* 64(4):571-579.

23. Lane D., Carroll D., Ring C., Beevers D.G., Lip G.Y. (2000) – Effects of depression and anxiety on mortality and quality-of-life 4 months after myocardial infarction. *J. Psychosom. Res.* 49:229-238.
24. Mayou R.A., Gill D., Thompson D.R., Day A., Hicks N., Volmink J., Neil A. (2000) – Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosom. Med.* 62:212-219.
25. Herrmann C., Brand-Driehorst S., Buss U., Ruger U. (2000) – Effects of anxiety and depression on 5-year mortality in 5,057 patients referred for exercise testing. *J. Psychosom. Res.* 48:455-462.
26. Russ T.C., Stamatakis E., Hamer M., Starr J.M., Kivimäki M., Batty G.D., (2010) – Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies, *BMJ* 345 doi: doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e4933> (Published 31 July 2012) Cite this as: *BMJ* 2012;345:e4933.
27. Marty S. Player, Lars E. Peterson (2011) – Anxiety disorders, hypertension, and cardiovascular risk: a review. 41(4):365-77.
28. Annelieke M. Roest, Elisabeth J. Martens, Peter de Jonge, Johan Denollet (2010) – Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease A Meta-Analysis *J. Am. Coll. Cardiol.* 56(1):38-46.
29. Imre Janszky; Staffan Ahnve, Ingvar Lundberg, Tomas Hemmingsson, (2010) – Early-Onset Depression, Anxiety, and Risk of Subsequent Coronary Heart Disease 37-Year Follow-Up of 49,321 Young Swedish Men. *J. Am. Coll. Cardiol.* 56(1):31-37.
30. Crowe J.M., Runions J., Ebbesen L.S., Oldridge N.B., Streiner D.L. *1996) – Anxiety and depression after acute myocardial infarction. *Heart Lung.* 25:98-107.
31. Moser D.K., McKinley S., Riegel B., Doering L.V., Garvin B.J. (2002) – Perceived control reduces in-hospital complications associated with anxiety in acute myocardial infarction [abstract]. *Circulation.* 106:II-369.
32. Januzzi J.L. Jr, Stern T.A., Pasternak R.C., DeSanctis R.W. (2000) – The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch. Intern. Med.* 160:1913-1921.
33. Lane D., Carroll D., Ring C., Beevers D.G., Lip G.Y. (2001) – Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosom. Med.* 63:221-230.
34. Malan S.S. (1992) – Psychosocial adjustment following MI: current views and nursing implications. *J. Cardiovasc. Nurs.* 6(4):57-70.
35. Rose S.K., Conn V.S., Rodeman B.J. (1994) – Anxiety and self-care following myocardial infarction. *Issues Ment Health Nurs.* 15:433-444.
36. Lane D., Carroll D., Ring C., Beevers D.G., Lip G.Y. (2001) – Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *J. Psychosom. Res.* 51:497-501.
37. Sullivan M.D., LaCroix A.Z., Spertus J.A., Hecht J. (2000) – Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *Am. J. Cardiol.* 86:1135-1138, A1136, A1139.
38. Havik O.E., Maeland J.G. (1990) – Patterns of emotional reactions after a myocardial infarction. *J. Psychosom. Res.* 34:271-285.

39. Rosal M.C., Downing J., Littman A.B., Ahern D.K. (1994) – Sexual functioning post-myocardial infarction: effects of beta-blockers, psychological status and safety information. *J. Psychosom. Res.* 38:655–667.
40. Gamper G., Willeit M., Sterz F., et al. (2004) – Life after death: posttraumatic stress disorder in survivors of cardiac arrest–prevalence, associated factors, and the influence of sedation and analgesia. *Crit. Care. Med.* 32(2):378-383.
41. Connolly D., McClowry S., Hayman L., Mahony L., Artman M. (2004) – Posttraumatic stress disorder in children after cardiac surgery. *J. Pediatr.* 144(4):480-484.
42. Neel M. (2000) – Posttraumatic stress symptomatology in patients with automatic implantable cardioverter defibrillators: nature and intervention. *Int. J. Emerg. Ment. Health.* 2(4):259-263.
43. Godemann F., Butter C., Lampe F., Linden M., Schlegl M., Schultheiss H.P., Behrens S. (2004) – Panic disorders and agoraphobia: side effects of treatment with an implantable cardioverter/defibrillator. *Clin Cardiol.* 27(6):321-326.
44. Bovasso G., Eaton W. (1999) – Types of panic attacks and their association with psychiatric disorder and physical illness. *Compr. Psychiatry.* 40(6):469-477.
45. Davidson J.R., Stein D.J., Shalev A.Y., Yehuda R. (2004) – Posttraumatic stress disorder: acquisition, recognition, course, and treatment. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 16(2):135-147.

II. Depresia și formele sale de manifestare în BCV

Liliana Neagu

1. Definiție și clasificare

Definiția generală consideră depresia ca fiind o prăbușire a dispoziției bazale, cu actualizarea trăirilor sumbre, triste și amenințătoare. Implicarea și trăirea profundă a acestei stări, precum și antrenarea comportamentală consensuală sunt argumente de necontestat pentru a considera depresia ca fiind o hipertimie negativă, componentele sale fiind răsunetul ideativ, comportamental și somatic al tulburării afective. Cei mai mulți dintre noi au perioade în care se simt triști, letargici și neinteresați de vreo activitate – nici măcar de cele plăcute. Simptomele ușoare de depresie sunt o reacție normală la multe stresuri din viață, în special pierderile importante. Depresia devine o tulburare atunci când simptomele devin atât de grave încât afectează funcționarea normală și continuă săptămâni de-a rândul. Sindromul depresiv are componente definitorii precum: *simptome emoționale* cu dispoziție negativă, sumbră, pierderea plăcerii; *simptome cognitive* cu imagine negativă de sine, lipsă de speranță, încetinirea proceselor cognitive (atenție și memorie reduse), confuzie, incapacitate decizională, ruminatii cu conținut sumbru, uneori idei delirante axate pe teme de ruină, vinovăție, inutilitate; *simptome motivaționale* cu pasivitate, lipsa inițiativei și a perseverenței în

activități; *simptome fizice* cu lentoare psihomotorie, schimbări de apetit, oboseală și o serie de simptome auxiliare de expresie somatică (astenie, insomnie, anorexie, tulburări de dinamică sexuală).

Tulburările somatice sunt în legătură cu hiperactivitatea simpatică dublată de inhibiția parasimpatică: dureri epigastrice, hiposalivație, hiperventilație, disconfort precordial, tulburări de ritm cardiac, extrasistole, amețeli, cefalee, dureri difuze, meteorism, constipație sau diaree.

Kielholz (1) îmbină criteriul nosologic cu cel etiologic și stabilește următoarea clasificare:

1. depresii somatogene: organice, simptomatice;
2. depresii endogene: schizoafective, bipolare, unipolare, involuționale;
3. depresii psihogene(exogene): nevrotice, depresia de epuizare, reactive.

După gradul de intensitate a depresiei, aceasta se poate descrie ca depresie nevrotică și depresie psihotică.

Depresia de intensitate nevrotică este declanșată psihogen și este ilustrată prin lipsă de inițiativă, pesimism, intoleranță la frustrare, iritabilitate, apetit diminuat, toleranță redusă la frustrare, somn superficial, tulburare de dinamică sexuală, fatigabilitate. Există pericolul sinuciderii.

Circumstanțele de apariție sunt: reacțiile de intensitate nevrotică, neuroastenia, nevroza depresivă, stările de epuizare, decompensările personalităților psihastenice, histrionice.

Depresia de intensitate psihotică este trăită ca un vid cu suferință semnificativă, renunțare la prieteni și activități anterior agreate, lipsa elanului vital, rezonanță afectivă redusă, bradikinezie, bradipsihie accentuată cu momente sau perioade stuporoase, inhibiție intelectuală cu scăderea performanțelor, sentimente de zădărniciie, autodeprecieri, durere morală cu risc suicidar semnificativ, expectații negative, stări de derealizare și depersonalizare, idei delirante de ruină, sărăcie, negație, culpabilitate și incapacitate profesională, halucinații auditive în care vocile îl injuriază, îl defăimează, îl condamnă sau îl acuză, halucinații olfacto-gustative care constau în perceperea unor mirosuri dezagreabile. Când depresia este însoțită de anxietate, tensiunea intrapsihică se poate manifesta prin neliniște psihomotorie, agitație, atingând paroxismul în raptusul depresiv care este însoțit de acte impulsive, auto- și, mai rar, heteroagresive. Complicația severă a depresiei este suicidul.

Circumstanțele de apariție pot fi: PMD, alte psihoze afective, debutul demențelor, tulburarea schizoafectivă, reacții psihotice.

O altă clasificare, relativ asemănătoare cu cea amintită mai sus, diferită de cea cuprinsă în DSM IV și ICD, este concepută de Fritzsche și Schaefer (2) și cuprinde următoarele forme ale depresiei:

1. **Depresia nevrotică** – „structurată” încă din copilărie, exprimată prin sentimente de inferioritate, autodevalorizare, eul slab, neperseverent și reactivată de eșecuri și pierderi în plan afectiv, profesional și social.

2. **Depresia mascată** – în care predomină tulburările somatice care maschează depresia. Pacientul este convins că suferă de o boală somatică și acceptă cu greu sau refuză ajutorul psihoterapeutic, creând deseori situații conflictuale cu privire la acceptarea originii psihice a tulburărilor somatice. De regulă, răspund

la tratament psihotrop și psihoterapie în timp relativ scurt, comparativ cu tulburările somatoforme care persistă un timp mai prelungit.

Depresia mascată descrisă de Lange (3) este definită ca fiind depresia în care simptomele somatice ocupă primul plan sau în care simptomele psihice sunt în planul secund. Manifestările sunt fluctuante, ilustrate prin inapetență, pierdere ponderală, insomnie, astenie – ce apar pe un fundal depresiv și acuze somatoforme diverse și, mai ales, algii nesistematizate, fără cauze organice, cu investigații paraclinice negative.

De asemenea, Karl Leonhard (4) descrie în cartea sa *Personalități accentuate în viață și în literatură*, personalitatea distimică (subdepresivă) ca fiind lipsită de mobilitate spirituală, incapabilă de a lua hotărâri, lentă în exprimare și acțiune, cu tendințe spre pesimism.

3. Depresia însoțită de sindroame dureroase (încadrată în ICD-10 ca tulburare somatoformă dureroasă – F45,4) – ilustrată prin durere severă și persistentă, localizată într-una sau mai multe arii corporale, care prin severitatea ei produce suferință și determină perturbarea sau invalidarea activității socioprofesionale. Etiologia durerii poate fi corelată cu „factori psihologici”, respectiv cu situații stresante psihotraumatizante sau frustrante, dar și cu o condiție medicală generală ca: boli reumatice, neuropatii, neoplazii. Poate fi complicată de abuzul de alcool sau droguri. Prevalența tulburării algice are o rată mai înaltă la femei.

4. Depresia majoră conform clasificărilor făcute de Fritzsche și Schaefer (2), etiologia depresiei este în acest caz plurifactorială. După modelul biopsihosocial include predispoziția genetică, influența factorilor psihosociali, vulnerabilitatea psihică și a mecanismelor de apărare. Printre factorii declanșatori sunt amintiți: implicarea excesivă în activități (suprasolicitarea), subsolicitarea, sentimentul de neajutorare (*helplessness*), pierderi materiale, eșecuri în plan afectiv etc., cu consecințe negative biologice, psihologice și somatice.

Disforiile sunt stări dispoziționale de tip depresiv asociate cu disconfort somatic și excitabilitate crescută. Agresivitatea și impulsivitatea subiectului sunt crescute; comportamentul este coleric, la care se adaugă anxietatea și chiar logoreea. Disforia este întâlnită în stările psihopatoide (posttraumatice, postencefalitice, toxice), comițialitate, stări mixte din psihozele afective.

2. Bazele neurologice ale comportamentului depresiv

Perspectiva biologică

Din perspectivă biologică se consideră că factorii genetici joacă un rol important. Numeroase studii sugerează că persoanele cu depresie pot prezenta anormalități în numărul și sensibilitatea siturilor de receptori pentru serotonină și norepinefrină, mai ales în zonele implicate în reglarea emoțiilor cum este hipotalamusul (5). În tulburarea depresivă majoră, receptorii pentru acești neurotransmițători par să fie insensibili sau în număr prea mic.

Studiile care utilizează tomografia axială coputerizată (CT) și rezonanța magnetică nucleară (MRI) au constatat deteriorări la nivelul cortexului prefrontal la persoanele cu depresii grave, asociate cu anomalii de metabolism. Aceste

anomalii funcționale și structurale ar putea fi precursorii sau ar putea fi rezultatul proceselor biochimice din cadrul tulburărilor de dispoziție, care au un efect toxic asupra creierului.

Perspectiva cognitivă

Conform acestor teorii oamenii devin deprimați fiindcă tind să interpreteze anomaliiile din viața lor în mod pesimist și lipsit de speranță (6, 7). Aaron Beck (7) a grupat gândurile negative în 3 categorii, cuprinse în *triada cognitivă*: gânduri negative despre sine, despre experiențele prezente și despre viitor.

O altă abordare cognitivă a depresiei se centrează pe tipul de atribuire sau explicații cauzale pe care oamenii le fac atunci când se întâmplă lucruri neplăcute, cum ar fi „este vina mea”, „va dura o veșnicie”, „nu sunt bun de nimic”.

Criticii teoriilor cognitive ale depresiei au argumentat că aceste cogniții negative sunt mai degrabă simptome sau consecințe ale depresiei decât cauze. Totodată, există dovezi că persoanele cu depresii pot să perceapă de fapt realitatea cu mai multă acuratețe decât oamenii normali: atunci când li se cere să facă judecăți despre cât de mult control au asupra unor situații care sunt de fapt incontroleabile, persoanele depresive au avut o apreciere foarte exactă.

Teoriile psihodinamice

Acestea explică depresia ca fiind o reactivare a pierderii afecțiunii parentale la o persoană sensibilă, dependentă de aprobarea externă și care tinde să-și îndrepte furia și nemulțumirea spre interior. Teoriile psihanaliste despre depresie se concentrează asupra dependențelor exagerate de aprobarea externă și pe interiorizarea furiei.

3. Examinarea bolnavului cu depresie

Vom avea în vedere *simptomele emoționale* ale depresiei (tristețe, pierderea plăcerii), *simptomele cognitive* (imaginea negativă de sine, lipsa de concentrare și memoria redusă), *simptomele motivaționale* (pasivitate, lipsa inițiativei și a perseverenței în activități) și *simptomele fizice* (schimbări de apetit, somn superficial, oboseală, dureri).

Depresia este evidențiată adesea prin mimică și postură care exprimă tristețea, privirea stinsă, facies imobil care trădează suferința, durerea – pacientul poate lacrima spontan, chiar dacă uneori afișează un surâs trist în semn de a disimula afecțiunea. De asemenea, poate prezenta o ținută neîngrijită (păr nespălat, nepieptănat, vestimentația necălcată, murdară, de obicei în culori închise, sumbre). De regulă, picioarele lipsesc. Atitudinea este una retractilă, își frânge mâinile, stă încruntat, își sprijină capul în mâini, contactul verbal se stabilește cu dificultate, vorbește monoton cu voce șoptită. Nu-i place să vorbească afirmând că, oricum, orice convorbire este inutilă, fără rost.

Atenția este mult diminuată – examinatorul poate observa lentoarea în gesturi, expresie și vorbire. Contactul vizual este realizat cu dificultate, privirea este ațintită spre podea. Pacientul acceptă cu greu că ideile de inutilitate și stima de sine scăzută s-ar datora unui episod depresiv.

În istoricul bolii examinatorul trebuie să aibă în vedere eventualele episoade afective (manie/depresie) ca antecedente personale sau hereto-colaterale, precum și existența unor afecțiuni somatice, consumul de alcool, toxicomanie. Pacientul va fi întrebat despre unele modificări alimentare (inapetență, mâncat noaptea, scădere sau creștere ponderală) și ale comportamentului sexual. Sunt importante tulburările de somn precum și visele cu conținut depresiv, dar în special ideile suicidare.

Factorii primari de risc vor fi în atenția practicianului pentru probabilitatea existenței unei tulburări de dispoziție: istoric familial de boală depresivă, tentative anterioare de suicid, sexul feminin, vârsta de debut sub 40 ani, perioada post-partum, comorbiditatea medicală, lipsa suportului social, evenimente stresante de viață, consum obișnuit de alcool, medicamente.

4. Depresia în bolile somatice

- Simptomele depresive semnificative clinic sunt decelabile la aproximativ 36% dintre pacienții cu alte afecțiuni nonpsihiatrice. Pe de altă parte, cei mai mulți pacienți cu o suferință somatică nu au depresie.
- Dacă este prezentă o tulburare depresivă, aceasta trebuie privită ca fiind independentă (precipitată de vulnerabilitatea biologică sau psihologică a subiectului) și trebuie tratată separat.
- Este corect să se trateze ambele afecțiuni (somatice și psihice) în același timp.
- Când tulburarea depresivă apare împreună cu o suferință organică, sunt de precizat următoarele:
 - suferința medicală poate fi însoțită de depresie, fiind provocată în mod biologic (de exemplu, hipotiroidia determină depresie);
 - suferința somatică poate fi factor declanșator al depresiei la persoanele vulnerabile genetic (de exemplu, boala Cushing poate precipita un episod depresiv);
 - suferința somatică poate produce psihologic depresia (de exemplu, un pacient cu cancer sau boală cardiovasculară poate fi depresiv în mod reactiv, ca o reacție la prognosticul bolii);
 - suferința somatică și depresia sunt independente, nu corelate.

5. Depresia în bolile cardiovasculare

Depresia însoțește frecvent bolile cardiovasculare, dar poate avea, în egală măsură, rol declanșator, determinant, favorizant și predispozant de menținere a simptomatologiei, atât prin efectul imunosupresiv asupra celulelor NK, cât și al comportamentelor de risc.

Potențialul de evoluție de tip cerc vicios *somatic-psihic-somatic* este demonstrat de incidența internărilor recurente mai frecvente la pacienții depresivi (8). Totodată, prezența simptomelor depresive persistente, chiar lipsită de o intensitate severă, este asociată cu un risc crescut al tulburărilor cardiovasculare.

S-a constatat că există un gradient între intensitatea depresiei și riscul apariției unor evenimente cardiace recurente (9). Simptomele depresive au fost asociate cu riscurile crescute de mortalitate la pacienții supraviețuitori ai unui infarct și sunt strâns corelate cu accidentele vasculare coronariene și cu mortalitatea la pacienții cu aritmii (10).

Mai multe studii longitudinale sugerează că depresia poate precede începutul bolii cardiovasculare. Totuși, dacă depresia are un astfel de debut la subiecții sănătoși inițial, e mai puțin clar și a trage concluzii din studii investigând asocierile între simptomatologia depresivă și BCV poate avea limită din cauza diferitelor criterii și metode folosite să definească, atât depresia clinică, cât și depresia subsindromală.

Aceste diverse metode includ autoraportarea, diagnoza clinică și lista simptomelor. În studiul lui Rafanelli (11) criteriul DSM-IV a fost folosit în detectarea retrospectivă a diferitelor niveluri de depresie la pacienții cu un prim episod de IM sau angină pectorală. Dintre acești pacienți, 30% au fost identificați ca suferind de unul sau mai multe episoade de depresie majoră cu un an înainte de primul episod cardiac.

Din acest grup (30%) – mai puțin de jumătate din pacienți (n=13) au suferit de depresie majoră recurentă; 9% din total sufereau de depresie minoră. Confirmând datele prezenței sindroamelor afective cu 6 luni înainte de IM, din studiul lui Ottolini, rezultă că 17% dintre pacienți au raportat purtări depresive majore, cel mai frecvent în diagnosticarea DSM-IV. Depresia majoră detectată prin criteriul DSM este raportată la aprox. 1 din 5 pacienți spitalizați pentru IM sau angină instabilă. Depresia este mai mult decât distress psihologic tranzitor. În depresie, perioada de tristețe sau lipsa de interes este anormal de intensă sau anormal de lungă și interferează cu o varietate de activități personale, interpersonale și sociale.

În timpul spitalizării inițiale a IM cei mai mulți pacienți cu depresie continuă să aibă depresie de la o lună la patru luni. Raportările pacienților cardiaci cu simptome depresive sunt de obicei mai puțin directe și mai puțin tipice decât acelea în domeniile psihiatrice. Sunt mai predispuși să se plângă în primul rând de oboseală atipică sau lipsă de energie și simptome somatice neexplicate, incluzând tipica durere de piept, dispneea și palpitațiile. Numeroase studii, dar nu toate, sugerează că depresia majoră și depresia minoră care nu întâlnește condițiile pentru diagnosticarea depresiei majore cumulate cu efectele lor asupra calității vieții sunt factori de risc, nu doar pentru debutul evenimentelor cardiovasculare la pacienții sănătoși, dar, de asemenea, în episoadele recurente la pacienții cu boli cardiovasculare deja diagnosticate, și în cazurile cardiovasculare adverse după operația pe cord deschis.

Câteva studii prognostice au arătat că depresia este un semn în supraviețuirea după un IM acut și că riscul este direct proporțional cu severitatea stărilor simptomatice: o creștere de 1-2 ori în BCV pentru depresia minoră și de la 3 la 5 ori pentru depresia majoră. De asemenea, a fost găsită o creștere a riscului în depresie pentru evenimentele cardiace într-un an la pacienții admiși în angina instabilă. După IM, depresia pare a fi un prezicător puternic al morții, dar nu al IM recurent nefatal. Pacienții depresivi prezintă mai frecvent tahicardie ventriculară în comparație cu pacienții nondepresivi, sugerând că depresia întreține aritmia. S-a încercat să

explicarea legăturilor observate între factorii psihologici (atât nonspecifici cât și cei specifici) și BCV, prin numeroase mecanisme.

Printre factorii nonspecifici sunt diferite comportamente cu risc coronarian precum fumatul, inactivitatea fizică și diete nesănătoase; mai mult, depresia poate provoca neaderența la stilul de viață și medicație – o situație importantă în tratamentul persoanelor cardiace. Mai multe mecanisme, mai specifice, pot explica legătura dintre inimă și minte. Una dintre primele descoperiri importante este că depresia poate fi asociată cu hipercortizolemia. În lichidul cefalorahidian al subiecților depresivi apare frecvent o creștere a factorului eliberator de corticotrofină. Această stimulare duce la hiperactivitatea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenaliană și niveluri ridicate de cortizol.

Depresia este, de asemenea, asociată cu stimularea sistemului nervos simpatic care implică niveluri ridicate de norepinefrină. În general, subiecții depresivi prezintă tahicardie în repaus comparativ cu subiecții nedepresivi. Depresia, sau alte stări emoționale asemănătoare, sunt, de asemenea, asociate cu o paletă complexă de activare, secreție și agregare cum ar fi concentrații mărite în receptorii glico-proteinei HN și hiperactivitate a 5-hidroxitriptaminei (5HT).

Mai mult, există cercetări noi în evoluția înțelegerii modului în care depresia poate declanșa un proces inflamator și a legăturii între inflamație și arteroscleroză (potențial bidirecțional). Depresia este corelată cu anomalii ale sistemului imunitar, incluzând producerea mărită a citokinelor și a proteinei C-reactive.

Bibliografie

1. Kielholtz P. et al. (1982) – *Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter*, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne.
2. Fritzsche și Schaefer (2009) – cit. Iamandescu, I.B., *Psihologie Medicală, Partea a II-a, Psihosomatica generală*, Ed. InfoMedica, București.
3. Lange J. (1928) – *Fingeragnosie und Agraphee. Eine psychopathologische Studie*, în: *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*.
4. Leonhard K. (1972) – *Personalități accentuate în viață și în literatură*, Ed. Enciclopedia Română.
5. Thase M.E. et al. (2002) – *Treatment and prevention of depression*, *Psychological Science in the Public Interest*, 3.
6. Abramson L.Y., Metalsky G.I. and Alloy L.B., (1989) – *Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression*, *Psychological Review*, vol 96(2).
7. Beck A.T., Rush, A.J. Shaw, B.F. and Emery G., (1979) – *Cognitive therapy of depression*, New York: Guilford.
8. Faris R. et al. (2002) – Clinical depression is common and significantly associated with reduced survival in patients with non-ischaemic heart failure, *European Journal of Heart Failure*, vol. 4, issue 4.
9. Jacka F.N. et al. (2007) – Effects of a walking program in the psychiatric in patient treatment setting: a cohort study, *Health Promotion Journal of Australia*, 18(1).

10. Denollet J. (1997) – Personality emotional distress and coronary heart disease, *European Journal of Personality*, Issue: Personality and Chronic Disease, vol 11, Issue 5.

11. Rafanelli C., Fava G.A., Park S.K., Ruini C. (2000) – Rating Well-Being and Distress, *Stress Medicine*, vol. 16.

III. Psihofarmacologie în cardiologie

Alexandra Ioana Mihailescu, Valentin Petre Matei

Relația dintre bolile cardiovasculare și bolile psihiatrice a fost studiată extensiv în ultimii 30 de ani, iar în prezent avem la dispoziție rezultatele multor meta-analize (1, 2), dar și ale unor cercetări populaționale (3-5), care atestă că o morbiditate importantă în patologia cardiacă este cea psihiatrică.

Astfel, în ceea ce privește prevalența depresiei, cercetările evidențiază în rândul populației de pacienți cu boli cardiovasculare, în special infarct miocardic (1) o prevalență de 20-25% a depresiei (6). Depresia este o comorbiditate în boala cardiovasculară, dar poate fi parțial determinată de cronicizarea ei și de starea de sănătate deficitară per total (7). Prognosticul unui bolnav cu afecțiune cardiovasculară se înrăutățește de 2,2 ori dacă acesta are și depresie (8). Metaanalizele Rayner (2010) și Baumeister (2011) publicate de *Cochrane Database of Systematic Reviews* concluzionează că antidepresivele aduc beneficii în tratarea depresiei, deci trebuie luate în considerare pentru tratamentul depresiei la pacienții cu boală cardiacă, cu atenție la simptomatologia prezentată și posibilele interacțiuni cu alte medicamente administrate (9, 10).

Tulburarea de panică determină o simptomatologie polimorfă, care mimează de multe ori o patologie cardiacă (11). În plus, pacienții cu boală cardiovasculară prezintă foarte frecvent tulburare de panică. Panica și fobia au fost raportate într-un studiu recent cu o frecvență de 2,28 ori și, respectiv, de 1,35 ori mai mare la persoanele cu boală cardiovasculară asociată (12).

Persoanele cu schizofrenie au risc mai mare pentru morbiditate și mortalitate cardiovasculară, comparativ cu populația generală (13), una dintre cauze fiind tratamentul cu antipsihotice, în special clozapină, olanzapina, risperidona, cu risc mare pentru dereglări metabolice (diabet zaharat, obezitate, ș.a.).

Demența Alzheimer este asociată cu o incidență de două ori mai mare în cazul pacienților cu boală cardiovasculară, în special boală arterială periferică, față de cei fără istoric cardiovascular (14).

Boli psihiatrice precum depresia și anxietatea sunt recunoscute ca fiind factori de scădere a aderenței la tratamentul bolii de bază, ceea ce înrăutățește prognosticul ambelor patologii.

În ultimele decenii numărul pacienților cu boli cardiovasculare care supraviețuiesc unui eveniment major cardiac a crescut consecutiv și importanța prezenței unei tulburări psihiatrice în managementul de caz. De asemenea, creșterea duratei medii de viață implică asocierea la vârstnic a patologiei

cardiovasculare; de aceea vom puncta și efectele medicamentelor la vârstnici în discuția psihofarmacologiei cardiace.

Prevalența înaltă a tulburărilor psihiatrice în contextul bolii somatice îl obligă pe medicul care are în grijă pacientul cardiac cu comorbiditate psihiatrică să cunoască medicația psihotropă și riscurile asociate. Medicii (în mod special interniști și cardiologii) care îngrijesc în prima fază pacientul cu comorbiditate cardiovasculară și psihiatrică vor întâlni un număr important de pacienți care primesc medicație cardiacă și care au nevoie și de agenți psihotropi.

Ca și în celelalte patologii comorbide cu patologia psihiatrică, în cazul pacienților cardiaci, răspunsul terapeutic la agenții psihoactivi poate varia considerabil în funcție de parametrii individuali (fizici, psihologici și socioculturali¹) și farmacologici (15).

Cunoașterea unor aspecte legate de farmacologia (farmacocinetică și farmacodinamică) agenților psihoactivi, în mod special efectele farmacologice cardiace și interacțiunile medicamentoase, ajută medicul prescriptor să evite evenimentele iatrogene, creșterea costurilor îngrijirii pacientului sau problemele medico-legale.

Pe scurt, farmacocinetica se referă la acțiunea organismului asupra medicamentului (absorbție, distribuție, metabolism și excreție), iar farmacodinamica se referă la acțiunea medicamentului asupra corpului.

1. Aspectele farmacocinetice importante pentru medicul cardiolog

Absorbția medicamentului. Ratele de absorbție diferă în funcție de modul de administrare, cea parenterală având în general un efect mai rapid. Administrarea intramusculară a unor substanțe, de exemplu diazepamul, are efecte mai puțin predictibile, din cauza unei absorbții inegale. Absorbția gastrică crește dacă medicamentul este administrat *à jeun* și scade dacă se asociază cu antiacide. Absorbția intestinală a majorității psihotropelor nu este alterată la vârstnic (16, 17).

Distribuția medicamentului. Majoritatea psihotropelor sunt lipofilice (cu excepția litiului) și au un volum mare de distribuție în corp. Acesta scade la vârstnici. Alt mod de distribuție a medicamentului este legarea de proteinele plasmatice, cum sunt albumina și glicoproteinele. În felul acesta scade legarea medicamentului de siturile receptoriale din creier. Cu vârsta, scade nivelul de albumină fiind mai ușor de atins un nivel toxic al medicamentului, astfel încât medicamentele psihotrope necesită scăderea dozelor (17).

Metabolizarea medicamentului (biotransformarea). Metabolizarea unui medicament are loc în principal în ficat prin reacții de fază I (expunerea unei grupe funcționale prin reacții oxidative, de exemplu risperidona se metabolizează la 9-hidroxirisperidona, cu efecte similare, dar timp de înjumătățire mai lung) sau reacții de fază a II-a (conjugarea, adică formarea unui complex între moleculă și

¹ Această secțiune este detaliată pe larg în capitolul „Psihofarmacologie și psihosomatica”, autori: Marinescu V., Mihailescu A., aparut în volumul *Psihosomatica aplicată*, editor I.B. Iamandescu, Ed. Infomedica, 2008.

acid glucuronic, sulfat, glutation, aminoacizi sau acetat, ceea ce duce în general la inactivarea moleculei și excreție mai facilă). Procesele de fază I au loc prin sistemul citocromului P450, în 90% din timp fiind implicate enzimele CYP1A2, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 și CYP2E1. Majoritatea psihotropelor sunt metabolizate în această fază, fiind substrat inhibitor sau inductor pentru enzimele CYP450, acest lucru explicând interacțiunile medicamentoase (*Tabelul 4*). De exemplu, fluvoxamina inhibă puternic CYP1A2, paroxetina mai mult decât sertralina enzima CYP2D6, astfel cresc concentrația și posibil toxicitatea acestora, dar și ale altor molecule-substrat pentru respectiva enzimă (de exemplu, verapamil, warfarină, aspirină). Inductorii scad eficacitatea unui medicament din cauza creșterii metabolizării (de exemplu, carbamazepina crește metabolizarea prin CYP3A3/4 a blocantelor de calciu). Procesele de fază a II-a determină metaboliți activi în cazul anumitor psihotrope, ceea ce impune atenție în dozaj (lorazepam, oxazepam, desvenlafaxină, paliperidonă) (18).

Sistemul de eflux al glicoproteinei P este important, de asemenea, pentru metabolizarea substanțelor, implicit și al unor medicamente cardiace (digoxină, atenolol, amlodipină). Paroxetina și sertralina sunt inhibitoare ale sistemului glicoproteinei P, astfel încât pot crește nivelul unor medicamente cardiace substrat al acesteia, cum este digoxina.

Eliminarea medicamentului. Medicamentele și metaboliții sunt de obicei excretate prin rinichi, dar și prin bilă sau fecale. Dintre psihotrope, litiul, gabapentinul și topiramatul sunt substanțe hidrosolubile excretate ca atare de rinichi, ceea ce impune atenție în administrarea concomitentă cu medicamente care scad clearance-ul renal (de exemplu, antiinflamatoarele nesteroidiene). Excreția renală diminuează cu vârsta și în insuficiența renală, dar întrucât majoritatea psihotropelor sunt metabolizate în ficat, se impune atenție în dozaj doar în cazul insuficienței renale severe și a câtorva substanțe, cum sunt litiul, diazepamul, clordiazepoxidul și flurazepamul (19).

2. Aspectele farmacodinamice importante pentru medicul cardiolog

Farmacodinamica studiază efectele biochimice și fiziologice ale medicamentului în corp. Acțiunea medicamentului în corp se realizează prin intermediul receptorilor de la suprafața celulelor sau al enzimelor.

Legarea de receptori. Receptorii reprezintă locurile de acțiune ale medicamentului în corp, inclusiv din sistemul nervos central. Un medicament poate produce efecte semnificative prin inhibiția competitivă a unui receptor, modificări receptoriale (importante în mecanismul psihotropelor, așa numitele *up-regulation* și *down regulation* jucând un rol important în alterarea acțiunii în timp a unui medicament) sau prin activarea mai multor situri receptoriale, prin sistemul mesagerilor secunzi (20).

Acțiunea asupra enzimelor. Substanțele medicamentoase pot induce sau inhiba activitatea sistemelor enzimatice, ceea ce va regla intensitatea reacțiilor lor chimice.

3. Interacțiunile medicamentoase

Interacțiunile medicamentoase pot fi farmacocinetice sau farmacodinamice. Așa cum am arătat prin exemple în paragrafele de mai sus, o substanță poate afecta absorbția, distribuția, metabolismul sau excreția alteia (interacțiune farmacocinetică) sau poate să aibă efecte antagonice sau aditive pe un substrat receptorial (interacțiune farmacodinamică).

În tratamentul comorbidității psihiatrice din boala cardiacă trebuie avute în vedere interacțiunile medicamentoase allopat, dar și substanțele naturiste sau complementare administrate voluntar de pacient. Din fericire, clinicienii dispun în prezent de multiple resurse pentru identificarea interacțiunilor posibile, de aceea este necesar doar un minim de cunoaștere a mecanismului potențial al acestor reacții, de a le verifica înainte de prescriere și de a monitoriza atent reacția pacientului la tratament.

* * *

Elementele cheie pe care medicul cardiolog confruntat cu o problemă de comorbiditate psihiatrică le va analiza sunt descrise în tabelul următor (21).

Tabel 1. Elemente de discutat înainte de administrarea unei substanțe psihotrope la un pacient cardiac cu comorbiditate psihiatrică*

Simptomele psihiatrice sunt determinate sau exacerbate de boala cardiacă?
Medicamentele cardiace folosite de pacient au efecte adverse neuropsihiatrice?
Există dovezi pentru eficacitatea folosirii psihotropelor pentru boala psihiatrică?
Există posibilitatea unei interacțiuni medicamentoase?
Medicația psihotropă folosită poate să exacerbeze, să îmbunătățească sau să afecteze evoluția bolii cardiace?
Boala cardiacă determină vulnerabilitate pentru efectele adverse psihotrope, în special la nivelul sistemului nervos central?
Există posibilitatea de a administra medicație psihotropă simptomatic?

*Adaptat după Ferrando S.J. (2011).

4. Aspecte practice legate de utilizarea agenților psihotropi în cardiologie¹

Clasificarea actuală a medicamentelor psihotrope (22) elimină delimitarea în clase de antidepresive și antipsihotice, întrucât nomenclatura trebuie să fie în acord cu progresele în neuroștiințe și psihofarmacologie. Astfel, se preferă ca medicamentele psihotrope să fie descrise în funcție de targetul farmacologic și modul de acțiune, de indicațiile aprobate de organismele internaționale (FDA, EMA), de eficacitatea lor în diversele patologii mentale și de efectele adverse.

În acest capitol vom păstra clasificarea anterioară, în scop didactic. Astfel, clasele majore de agenți psihotropi cu interferență în cardiologie, în ordinea frecvenței administrării, sunt:

1. Antidepresive.
2. Antipsihotice.
3. Anxiolitice, sedative și hipnotice (benzodiazepine).
4. Ortotimizante (valproat de sodiu).
5. Litiul.

4.1. Antidepresivele

După o statistică a CDC (Centers for Disease Control and Prevention din Statele Unite) între 2007 și 2010 antidepresivele au fost cele mai prescrise medicamente în afara celor pentru afecțiuni cardiovasculare la grupa de vârstă 18-64 de ani (23).

Larga prescriere a acestor medicamente nu trebuie însă să ne facă să uităm că trebuie folosite judicios, având în vedere posibilele riscuri și cu intenția de obține un maxim beneficiu cu un minim de scădere a calității vieții.

Efecte importante în cardiologie și precauții în administrarea antidepresivelor la pacienții cardiaci

Cardiovasculare

S-a raportat hipotensiune ortostatică (triciclice, IMAO, trazodonă), scăderea alurii ventriculare (trazodonă), aritmii (triciclice, fluoxetină). Postinfarct miocardic se contraindică triciclicele și IMAO și se recomandă precauții în cazul administrării următoarelor: fluoxetină, paroxetină, citalopram, venlafaxină, duloxetină, mirtazapină.

Prelungirea intervalului QT a fost raportată la toate antidepresivele din clasa ISRS la concentrații plasmatice deasupra nivelului terapeutic. Factorii de risc includ vârsta înaintată, sexul feminin, istoric familial sau personal de prelungire a intervalului QT, boala cardiovasculară și medicamente concomitente cu potențial de prelungire a intervalului QT (24).

Metabolice și altele

S-au raportat: sindrom serotoninergic la asocierea ISRS cu triptani (medicație antimigrenoasă) (25), hipertensiune pulmonară persistentă la nou-născut în cazul

¹ Subcapitol realizat cu contribuția dr. Irina Plopșoreanu, Adriana Dumitriu și Adelina Barbu (secția I – Spitalul de Psihiatrie „Prof dr. Al. Obregia”).

gravidelor tratate cu sertralină după săptămâna 20 de sarcină (25), creștere în greutate la majoritatea antidepresivelor, în special în tratamentul cu triciclice, paroxetină sau mirtazapină (26).

Aspectele practice ale utilizării principalelor antidepresive sunt enumerate în *tabelul 2*.

4.2. Antipsihoticele

Antipsihoticele sunt folosite în tratamentul schizofreniei, al tulburării bipolare, al depresiei (quetiapină) și al altor psihoze. În alegerea antipsihoticului se urmărește eficiența într-un anumit caz, ceea ce reprezintă o combinație între eficacitate, tolerabilitate și aderență (27). În ceea ce privește tolerabilitatea, medicul prescriptor trebuie să evalueze în cazul unui pacient cardiac care are nevoie de un antipsihotic problemele legate de prelungirea intervalului QT, de perturbarea metabolismului (creștere în greutate, modificări ale profilului lipidic) și posibilele interacțiuni medicamentoase. Majoritatea antipsihoticelor tipice sunt metabolizate prin CYP3A4 și CYP2D6. Predominant, clozapina și olanzapina se metabolizează prin CYP1A2, risperidona prin CYP2D6, quetiapina și ziprasidona prin CYP3A4, aripiprazol prin CYP3A4 și CYP2D6, iar amisulpridul și paliperidona sunt metabolizate mai puțin prin sistemul enzimatic CYP (28).

Efecte importante în cardiologie și precauții în administrarea neurolepticelor la pacienții cardiaci

Cardiovasculare

S-a raportat hipotensiune cu caracter ortostatic, din cauza blocadei alfa-adrenergice, iar compensator apare tahicardie. Acest efect este observat la toate neurolepticele tipice și la clozapină, risperidonă, quetiapină, sertindol.

S-a notificat prelungirea intervalului QTc cu risc de aritmii ventriculare (torsada vârfurilor și fibrilație ventriculară) la toate antipsihoticele. Acest efect s-a raportat în special la tioridazina, sertindol, ziprasidona.

S-a raportat un efect cardiotoxic în cazul clozapinei, care poate determina miocardită.

Metabolice și endocrine

S-a raportat obezitate, hiperglicemie, diabet zaharat, modificări ale profilului lipidic la neurolepticele care blochează 5-HT_{2C}, H₁ (de exemplu, clozapina, olanzapina, quetiapina și risperidona).

Aspectele practice ale utilizării principalelor antipsihotice sunt enumerate în *tabelul 3*.

4.3. Benzodiazepinele

Benzodiazepinele sunt medicamentele utilizate cel mai frecvent pentru efectul lor anxiolitic.

Interacțiuni medicamentoase importante în cardiologie

Majoritatea benzodiazepinelor sunt metabolizate în ficat, cele mai multe de P450 (CYP3A4) (29, 30). Au efecte sinergice aditive cu alte deprimante SNC, cum

ar fi barbituricele, antihistaminicele și alcoolul (31). Administrarea concomitentă cu agenți inhibitori ai CYP3A4 poate duce la creșterea nivelurilor plasmatice ale benzodiazepinelor (29). Medicamentele care interacționează cu sistemul CYP3A4 sunt enumerate în *tabelul 4*.

Sunt puține interacțiuni dovedite cu medicația cardiovasculară.

Se pare că dozele terapeutice de alprazolam nu influențează semnificativ clearance-ul digoxinei. S-a observat o creștere a biodisponibilității digoxinei la vârstnicii care erau în tratament de lungă durată cu digoxină 0,25 mg/zi și la care s-a administrat alprazolam 1 mg/zi. De asemenea, s-a observat că diazepamul administrat concomitent cu digoxina crește nivelul plasmatic al acesteia (30).

Într-un studiu s-a administrat diazepam 5-10 mg i.v./zi, lorazepam 2 mg i.v./zi sau alprazolam oral 1 mg/zi concomitent cu propranolol 80 mg de 3 ori/zi la subiecți sănătoși. S-a observat că propranololul a crescut timpul de înjumătățire al diazepamului (58 vs 49 h) și i-a redus clearance-ul (0,20 vs 0,24 ml/min/kg). În schimb, nu a avut efecte semnificative asupra timpului de înjumătățire sau al clearance-ului pentru lorazepam și alprazolam. Astfel, propranololul produce o mică, dar semnificativă scădere a clearance-ului diazepamului, care e metabolizat prin reducere oxidativă, prin N-demetilare (30).

Alte anxiolitice nonbenzodiazepinice

Hipnoticele nonbenzodiazepinice (zolpidem, zopiclona) nu au raportate efecte adverse asupra frecvenței cardiace sau a tensiunii arteriale (32), ceea ce le oferă siguranță în administrare la pacienții hipertensivi cu tulburări de somn (33).

Barbituricele (fenobarbital) sunt inductori de CYP3A4, prin urmare necesită precauții în administrarea cu antiaritmice de tipul chinidinei sau al blocantelor de calciu, de tipul nifedipinei în asociere (29), deoarece pot scădea efectul acestor medicamente cardiovasculare.

4.4. Ortotimizantele

Valproatul de sodiu și carbamazepina sunt folosite în tratamentul epilepsiei și al maniei (31). Uneori, valproatul de sodiu este folosit în tratamentul comportamentului agresiv de diferite etiologii (34) sau ca tratament adjuvant în schizofrenie.

Efecte importante în cardiologie și precauții în administrare la pacienții cardiaci

Obezitate: s-a raportat frecvent la valproatul de sodiu, nu și la carbamazepină.

Interacțiuni medicamentoase importante în cardiologie

Valproatul de sodiu: fiind un medicament cu legare crescută de proteinele plasmatice, poate fi dislocat de alte substanțe cu legare de proteine, cum este aspirina. Pe de altă parte, poate disloca la rândul lui alte medicamente precum warfarina. Medicamentele care inhibă enzimele CYP pot crește nivelurile de valproat.

Carbamazepina: este inductor enzimatic al enzimelor citocromului P450 și se metabolizează prin CYP3A4. Medicamentele care inhibă CYP3A4 (diltiazem, verapamil, eritromicina) vor crește nivelurile de carbamazepină și, implicit, toxicitatea acesteia. În schimb, carbamazepina va reduce nivelurile plasmatice ale

majorității antidepresivelor, ale antipsihoticelor, ale tiroxinei, ale teofilinei și ale unor steroizi, ceea ce impune atenție în monitorizarea eficienței acestora.

4.5. Litiul

Litiul este un cation monovalent utilizat ca medicament antimaniacal. Este folosit ca terapie adjuvantă în tratamentul depresiei, al tulburării schizoafective și al comportamentului agresiv. Dozajul trebuie individualizat existând variații mari ale concentrației plasmatice pentru aceeași doză (35). Litiul se excretă renal. Pentru a minimiza acțiunea litiului asupra rinichiului se folosesc următoarele strategii: administrarea celei mai mici doze de litiu eficace, monitorizarea atentă a funcției renale (anual creatinina serică și micșorarea dozei când creatinina crește mai mult de 1,6 mg/dl), administrarea litiului pe cât posibil într-o singură doză (36).

Efecte importante în cardiologie și precauții în administrarea litiului la pacienții cardiaci

S-au raportat hipotensiune, bradicardie, scăderea conducerii cardiace, aritmii, modificări nespecifice de undă T (37). Este contraindicat la pacienții cu boala nodului sinusal. Nu este contraindicat la pacienții cu infarct miocardic și nici la cei cu insuficiență cardiacă decât dacă se observă o înrăutățire a stării pacientului la continuarea tratamentului. La toți pacienții cardiaci în tratament cu litiu trebuie investigate și alte interacțiuni medicamentoase și tratate modificările în echilibrul hidroelectrolitic și hidratare (38).

S-au raportat diabet insipid, obezitate (38).

Interacțiuni medicamentoase importante în cardiologie

Diureticele pot crește nivelul litiului prin reducerea clearance-ului. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei și antagoniștii de angiotensină 2 pot scădea excreția litiului, ceea ce impune monitorizarea creatininei serice și a litiului, în cazul administrării concomitente. Diltiazem sau verapamil în combinație cu litiul au potențial de a induce neurotoxicitate (31).

Tabel 2. Efecte cardiace ale antidepresivelor și precauții în administrare la pacienții cardiaci

Abreviere	Mecanism de acțiune	Denumire comună internațională (DCI)	Efecte asupra aparatului cardiovascular. Precauții
Inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS)	Inhibă selectiv recaptarea de serotonină prin blocarea pompei de recaptare.		
		Fluoxetinum	Mică descreștere a frecvenței cardiace medii, efect minim asupra TA, se administrează cu prudență după infarctul miocardic; risc de prelungire a QT (39)
		Paroxetinum	Mică descreștere a frecvenței cardiace medii, efect minim asupra TA, se administrează cu prudență la pacienții cardiaci; risc de prelungire a QT (39). S-au raportat malformații cardiace la nou-născut, în cazul mamelor care au primit paroxetină în primul trimestru de sarcină, fapt pentru care s-a recomandat trecerea paroxetinei din clasa C în clasa D de risc pentru făt (10)
		Sertralinum	Efect minim asupra frecvenței cardiace, efect minim asupra TA, nu s-au raportat precauții la pacienții cardiaci. Pacienții cu infarct miocardic recent și depresie majoră, tratați cu sertralină comparativ cu placebo au înregistrat semnificativ statistic mai puține evenimente cardiovasculare (41)
		Fluvoxaminum	Efect minim asupra frecvenței cardiace, reducere ușoară a TA sistolice, se administrează cu prudență la cardiaci, au fost observate modificări limitate ale ECG

Mecanism de acțiune		Denumire comună internațională (DCI)	Efecte asupra aparatului cardiovascular. Precauții
		Citalopramum	Modificări ale ECG (prelungire QT) raportate la doze mai mari de 40 mg/zi, se administrează cu prudență și se recomandă scăderea dozelor la pacienți cu vârstă peste 60 de ani (maxim 20 mg/zi)
		Escitalopramum	Efecte nesemnificative asupra frecvenței cardiace, a intervalului QT sau a TA (42)
Inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei și a noradrenalinei (ISRSN)	Inhibă selectiv recaptarea de serotonină și noradrenalină prin blocarea pompei de recaptare	Venlafaxinum	Creștere limitată a frecvenței cardiace și hipotensiune posturală. În doze mari poate determina creșterea TA, de aceea se recomandă monitorizarea TA în cursul tratamentului. Se recomandă monitorizarea intervalului QT (39). În unele cazuri au fost raportate aritmii cardiace (43)
		Duloxetine	Spre deosebire de venlafaxină, duloxetine produce rar creșteri tensionale (< 2%), din cauza unei blocaje a recaptării de norepinefrină mai puțin eficiente (44)
Inhibitori selectivi de recaptare a noradrenalinei (ISRN)	Inhibare a recaptării noradrenalinei	Reboxetine	Creștere semnificativă a frecvenței cardiace. Creșterea TA, descreștere TA posturale la doze mari. Anomalii ale ritmului cardiac, bătăi ectopice atriale și ventriculare, în special la vârstnici. Se administrează cu prudență la pacienții cu patologie cardiacă

		Efecte asupra aparatului cardiovascular. Precauții	
Mecanism de acțiune	Denumire comună internațională (DCI)		
Blocant de receptor de serotonină 5HT _{2A} și 2C și de noradrenalină A-2 (NASSA)	Mirtazapinum	Modificare minimă a frecvenței cardiace Efect minim asupra TA Fără acțiune asupra intervalului QT Determină creștere în greutate Este preferată în cazul pacienților vârstnici cu scăderea apetitului și insomnii	
Blocant de receptor 5HT _{2A} și inhibitor slab de recaptare a serotonininei (SARI)	Trazodonum	Crește, cât și descrește frecvența cardiacă, poate cauza hipotensiune posturală semnificativă. S-a raportat prelungirea intervalul QT și la doze terapeutice, dar mai ales la doze toxice (45). Au fost raportate câteva cazuri de aritmii la pacienții cu patologie cardiacă preexistentă. Se administrează cu prudență la pacienți cu patologie cardiacă severă și se va evita asocierea cu alte medicamente care prelungesc intervalul QT	
Inhibitor de captare a norepinefrinei și a dopaminei (NDRI) Altele	Bupropionum	Profil de siguranță relativ confortabil pentru pacientul cardiac, fără modificări semnificative asupra TA sau a frecvenței cardiace (46), au fost observate doar mici modificări ale TA diastolice (47).	
Modulator al sinapsei serotoninergice	Tianeptinum	Nu interferează cu metabolismul celorlalte medicamente la nivelul citocromului P450 și are o siguranță mare în administrare, fiind practic lipsit de cardiotoxicitate (48)	

	Mecanism de acțiune	Denumire comună internațională (DCI)	Efecte asupra aparatului cardiovascular. Precauții
	Analog sintetic al melatoninei. Stimulează activitatea receptorilor de melatonină MT1 și MT2, și inhibă activitatea serotoninergică prin subtipul 5HT-2C. Secundar crește nivelul de norepinefrină și de dopamină în cortexul frontal	Agomelatinum	Nu s-au raportat efecte semnificative la nivelul aparatului cardiovascular (49, 50)
Antidepresivele clasice	Inhibarea recaptării serotoninice și a noradrenalinei, efect antidepresiv propriu-zis, dar și de blocare a receptorilor alfa-1, H1 și M1		Numeroase efecte adverse, printre care este de notat cardiotoxicitatea
IMAO	Inhibă degradarea catecolaminelor (dopamină, noradrenalină, adrenalină) și determină reducerea transmiterii în ganglionii sinaptici		Hipotensiune arterială; scade frecvența cardiacă; aritmii, pot descrește funcția ventriculului stâng Medicamentele simpatomimetice și cele dopaminergice pot duce la încălcarea monoaminică și criză hipertensivă Este necelar dacă ar putea să scurteze intervalul QT. Se utilizează cu prudență la pacienții cu patologie cardiovasculară

Efecte asupra aparatului cardiovascular. Precauții		Denumire comună internățională (DCI)	Mecanism de acțiune	Efecte asupra aparatului cardiovascular. Precauții
Antidepresive triciclice (ADT)				
	Blocante adrenergice alfa-1, H1 și M1	Amitriptilinum Nortriptilinum Clomipraminum Doxepinum Maprotilinum		Pot produce aritmii Perturbări ale electroliților - hiponatremie Creșterea frecvenței cardiace, hipotensiune posturală, prelungirea intervalului QT; încetinesc conducerea cardiacă sinusală, afectează contractilitatea cardiacă. Sunt contraindicate la pacienții cu infarct miocardic recent. Aceste antidepresive sunt asociate cu moartea subită cardiacă. Simptomimeticele cu acțiune directă administrate concomitent cu ADT pot produce crize de HTA și tulburări de ritm amenințătoare de viață (asemănătoare cu criza de feocromocitom și beneficiind de tratament asemănător) prin prevenirea înlăturării acestora din fanta sinaptică (51) Se recomandă prudență în administrarea concomitentă cu diuretice, antihipertensive sau alte medicamente cu potențial aritmogen
Antidepresive tetraciclice	Inhibitori selectivi de autoreceptor alfa-2, crescând neurotransmisia serotoninergică și noradrenergică	Mianserinum		Par a fi bine tolerate de pacienții cardiaci și de cei vârstnici (52), dar se recomandă precauție în cazul pacienților cu evenimente coronariene acute (53). În cazul pacienților cardiaci nu s-au raportat efecte asupra frecvenței cardiace și au fost raportate prelungiri ale intervalului QT însă și revenirea la normal după două săptămâni de tratament. De asemenea, nu s-au raportat interacțiuni cu medicamentele antihipertensive, astfel încât folosirea mianserinei este considerată mai sigură decât medicamentele triciclice clasice

TA = tensiune arterială
(Tabel alcătuit după informații prezentate în The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 8th Edition și FDA Drug Safety and Availability, 2014)

Tabel 3. Efecte cardiace ale antipsihoticelor și precauții în administrare la pacienții cardiaci

Clasă	Mecanism de acțiune (principal, de clasă)	Denumire comună internațională (DCI)	Efecte asupra aparatului cardiovascular Precauții
Tipice	Blocante ale receptorilor D2 Blocante ale receptorilor alfa-1	Clorpromazinum Tioridazinum, Haloperidolum, Tiapridum, Flupentixolum, Zuclopentixolum	Frecvent: hipotensiune posturală și tahicardie (clorpromazina) Rar: prelungire intervalului QT din cauza blocării canalelor de potasiu (în special tioridazina). Asociate cu moarte subită, în special la anumite categorii de pacienți: vârstnici, tratați concomitent cu diuretice, patologii cardiovasculare concomitente, anomalii cardiace (54, 55) Cresc riscul pentru evenimente vasculare cerebrale acute la pacienții cu demență (56) Cresc riscul pentru fractură de șold, infarct miocardic, aritmii ventriculare (57) Creșterea mortalității prin evenimente cardiace la pacienții cu demență este legată de doză și este importantă în primele 6 luni de la inițierea antipsihoticului tipic (58)
Atipice	Blocarea selectivă a receptorilor D2, în special din ariile mezolimbice, blochează receptorii 5-HT2A	Clozapinum Amisulpridum, Risperidonum, Olanzapinum, Quetiapinum, Aripirazolum, Ziprasidonum, Sertindolum, Paliperidonum Asenapinum	La categoriile de pacienți la risc (59), riscul de moarte subită cardiacă nu este mai mic decât la antipsihoticele tipice Prelungirea intervalului QT este un efect de clasă, se impune monitorizare ECG în special la ziprasidona, sertindol, dar și la amisulprid, olanzapină și quetiapină în doze mari (39) Cresc riscul pentru evenimente vasculare cerebrale acute la pacienții cu demență (60) Toate antipsihoticele trebuie utilizate cu precauție la pacienții cu afecțiuni cardiovasculare, cerebrovasculare, stări care predispun la hipotensiune arterială (deshidratare, hipovolemie și tratament cu medicamente antihipertensive) sau hipotensiune arterială S-au raportat cazuri de tromboembolism venos în asocieră cu medicamentele antipsihotice și, astfel, la toți pacienții trebuie identificați factorii de risc posibili pentru TEV și trebuie luate măsurile preventive necesare (61) Aripirazolum (atât forma orală cât și forma depôt - Abilify Maintena) este relativ sigur din punct de vedere al prelungirii intervalului QT, dar trebuie utilizat cu precauție la pacienți cu antecedente familiale de prelungire a intervalului QT

Tabel 4. Medicamentele care interacționează cu principalele enzime ale sistemului CYP – listă non-exhaustivă (adaptat după Michalets, 1998)

	INHIBĂ	INDUC	MEDICAMENTE SUBSTRAT (importante în cardiologie)
CYP3A4	Amiodarona Canabinoide Antibiotice macrolide (eritromicina) și norfloxacină Unele ISRS (fluoxetină, fluvoxamina, sertralină), Agenți antifungici (ketokonazol, fluconazol, itraconazol) Agenți antivirali (indinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir), Sucul de grepfruit	Carbamazepină Dexametazona Fenobarbital Fenitoină Rifampicină	Amlodipină Atorvastatin Diltiazem Felodipină Disopiramidă Chinidină Lidocaină Nifedipină Pravastatin Verapamil Warfarină
CYP2D6	Amiodaronă Desipramină Fluoxetina, paroxetină Haloperidol Quinidină Sertralină Tioridazină	Carbamazepină Ritonavir Fenobarbital Fenitoină Rifampicină	Amitriptilină Bisoprolol Propranolol Tramadol Trazodonă
CYP1A2	Cimetidină Ciprofloxacină Eritromicină Fluvoxamină Sucul de grapefruit Izoniazidă Ketoconazol Norfloxacin, levofloxacin Paroxetină	Fenobarbital Fenitoină Rifampicină Ritonavir Fumatul	Cafeină Teofilină Warfarină
CYP2C	Amiodaronă Fluoxetină Sertralină Omeprazol Cimetidină Ketoconazol Fluconazol	Carbamazepină Fenobarbital Fenitoină Rifampin	S-warfarină Losartan

Bibliografie

1. Van der Kooy K. et al. (2007) – Depression and the risk for cardiovascular diseases: Systematic review and meta analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 613–626.
2. Telles-Correia D., Guerreiro D.F., Coentre R., Zuzarte P. & Figueira, L. (2009) – Psychopharmacology in medical illness: cardiology, nephrology, hepatology. *Acta Med. Port.* 22, 797–808.
3. Glaus J. et al. (2014) – Associations between mood, anxiety or substance use disorders and inflammatory markers after adjustment for multiple covariates in a population-based study. *Journal of Psychiatric Research*.
4. Michal M. et al. (2014) – Complaints of sleep disturbances are associated with cardiovascular disease: results from the Gutenberg Health Study. *PLoS One* 9, e104324.
5. Suemoto C.K. et al. – Depression and cardiovascular risk factors: Evidence from a large postmortem sample. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 28, 487–493 (2013).
6. Carney R.M. & Freedland K.E. (2003) – Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biological Psychiatry* 54, 241–247.
7. Atlantis E., Grayson D.A., Browning C., Sims J. & Kendig H. (2011) – Cardiovascular disease and death associated with depression and antidepressants in the Melbourne longitudinal studies on healthy ageing (MELSHA). *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 26, 341–350.
8. Lam R.W. et al. (2009) – Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J. Affect. Disord.* 117.
9. Rayner L. et al. (2008) – Antidepressants for depression in physically ill people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
10. Baumeister H., Hutter N. & Bengel J. (2011) – Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. *Cochrane Database Syst. Rev.* 9, CD008012.
11. Taylor C.B. & Hayward C. (1990) – Cardiovascular considerations in selection of anti-panic pharmacotherapy. *J. Psychiatr. Res.* 24 Suppl 2, 43–49.
12. Tully P.J. & Baune B.T. (2013) – Comorbid anxiety disorders alter the association between cardiovascular diseases and depression: the German National Health Interview and Examination Survey. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* doi:10.1007/s00127-013-0784-x.
13. Curkendall S.M., Mo J., Glasser D.B., Rose Stang M. & Jones J.K. (2004) – Cardiovascular disease in patients with schizophrenia in Saskatchewan, Canada. *J. Clin. Psychiatry* 65, 715–720.
14. Newman A.B. et al. (2005) – Dementia and Alzheimer's disease incidence in relationship to cardiovascular disease in the cardiovascular health study cohort. *J. Am. Geriatr. Soc.* 53, 1101–1107.
15. Marinescu V. & Mihăilescu A. (2008) – în *Psihosomatica Aplicată* (ed. Iamandescu, I.B.) Ed. Infomedica.

16. Turnheim K. (2003) – When drug therapy gets old: Pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *Experimental Gerontology* **38**, 843–853.
17. Nolin T.D. & Wendler L.A. (2010) – in *Gerontology for the Health Care Professional 2nd ed* (ed. Robnett R.H. & Chop C.W.) 124–126, Jones and Bartlett Publishers.
18. Wynn G. (2009) – *Clinical Manual of Drug Interaction Principles for Medical Practice*. American Psychiatric Pub.
19. Ferrando S., Levenson J. & Owen (2010) – *J. Clinical manual of psychopharmacology in the medically ill*. 181–207 American Psychiatric Publishing, Inc.
20. Wise M.G. et al. (2005) – In *Clinical Manual of Psychosomatic Medicine: A Guide to Consultation-Liaison Psychiatry. 1st ed.* (ed. Wise, R.) 180. American Psychiatric Publishing, Inc.
21. Ferrando S. (2011) – Psychopharmacology for Medically Ill Patients. Preluat pe 2014, de pe Psychiatric Times?: <http://www.psychiatrictimes.com/articles/psychopharmacology-medically-ill-patients/page/0/1#sthash.nLtQ4Un3.dpuf>.
22. Zohar J. et al. (2014) – A proposal for an updated neuropsychopharmacological nomenclature. *Eur. Neuropsychopharmacol.* **24**, 1005–14.
23. National Health and Nutrition Examination Survey. *Products – Health United States – 2013 – Special Feature*. Figure 21. Prescription drug use in the past 30 da (2013). at <http://www.cdc.gov/nchs/hus/chartbook.htm#chartbook_special_feature>.
24. Alvarez P.A. & Pahissa J. (2010) – QT alterations in psychopharmacology: proven candidates and suspects. *Curr. Drug Saf.* **5**, 97–104.
25. FDA Alerts 7/2006. Preluat pe 2014, de pe FDA.gov: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm126522.htm>. (2006).
26. Dent R. et al. (2012) – Changes in body weight and psychotropic drugs: a systematic synthesis of the literature. *PLoS One* **7**, e36889.
27. Citrome L. (2013) – A review of the pharmacology, efficacy and tolerability of recently approved and upcoming oral antipsychotics: An evidence-based medicine approach. *CNS Drugs* **27**, 879–911.
28. Urichuk L., Prior, T. I., Dursun, S. & Baker, G. (2008) – Metabolism of atypical antipsychotics: involvement of cytochrome p450 enzymes and relevance for drug-drug interactions. *Curr. Drug Metab.* **9**, 410–418.
29. Michalets E. L. (1998) – Update: clinically significant cytochrome P-450 drug interactions. *Pharmacotherapy* **18**, 84–112.
30. Tanaka E. & Hisawa S. (1999) – Clinically significant pharmacokinetic drug interactions with psychoactive drugs: Antidepressants and antipsychotics and the cytochrome P450 system. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* **24**, 7–16.
31. *The Maudsley 2005-2006 Prescribing Guidelines, 8th Edition*.
32. McCann C.C. et al. (1993) – Effect of zolpidem during sleep on ventilation and cardiovascular variables in normal subjects. *Fundamental & clinical pharmacology* **7**, 305–310.
33. Huang Y. et al. (2012) – The effect of zolpidem on sleep quality, stress status, and nondipping hypertension. *Sleep Med.* **13**, 263–8.

34. Lindenmayer J.P. & Kotsaftis A. (2000) – Use of sodium valproate in violent and aggressive behaviors: a critical review. *J. Clin. Psychiatry* **61**, 123-128.
35. Waring W.S. (2007) – Delayed cardiotoxicity in chronic lithium poisoning: discrepancy between serum lithium concentrations and clinical status. *Basic Clin. Pharmacol. Toxicol.* **100**, 353-5.
36. Gitlin M. (1999) – Lithium and the kidney: an updated review. *Drug Saf.* **20**, 231-43.
37. Pühr J., Hack J., Early J., Price W. & Meggs W. (2008) – Lithium overdose with electrocardiogram changes suggesting ischemia. *J. Med. Toxicol.* **4**, 170-2.
38. Mohandas E. & Rajmohan V. (2007) – Lithium use in special populations. *Indian J. Psychiatry* **49**, 211-8.
39. Wenzel-Seifert K., Wittmann M. & Haen E. (2011) – QTc prolongation by psychotropic drugs and the risk of Torsade de Pointes. *Dtsch. Arztebl. Int.* **108**, 687-93.
40. FDA Public Health Advisory: Paroxetine. Preluat pe 2014, de pe FDA.gov: (2005). at <<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHeathcareProfessionals/PublicHealthAdvisories/ucm051731.htm>>.
41. Glassman A.H. et al. (2002) – Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA?: the journal of the American Medical Association* **288**, 701-709.
42. Hanash J.A. et al. (2012) – Cardiovascular safety of one-year escitalopram therapy in clinically nondepressed patients with acute coronary syndrome: results from the DEpression in patients with Coronary ARtery Disease (DECARD) trial. *J. Cardiovasc. Pharmacol.* **60**, 397-405.
43. Schatzberg A. (2010) – în *Manual of psychopharmacology* (American Psychiatric Publishing, Inc.). at <<http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=2§ionid=1359932>>.
44. Schatzberg A.F., Cole J.O. & DeBattista C. (2003) – *Manual of Clinical Psychopharmacology*.
45. Fagiolini A., Comandini A., Catena Dell'Osso M. & Kasper S. (2012) – Rediscovering trazodone for the treatment of major depressive disorder. *CNS Drugs* **26**, 1033-49.
46. Tonstad S. et al. (2003) – Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: A multicentre, randomised study. *Eur. Heart J.* **24**, 946-955.
47. Kiev A. et al. (1994) – The cardiovascular effects of bupropion and nortriptyline in depressed outpatients. *Ann. Clin. Psychiatry* **6**, 107-115.
48. Lasnier C., Marey C., Lapeyre G., Delalleau B. & Ganry H. (1991) – Cardiovascular tolerance to tianeptine. *La Presse medicale* **20**, 1858-1863.
49. Howland R.H. (2009) – Critical appraisal and update on the clinical utility of agomelatine, a melatonergic agonist, for the treatment of major depressive disease in adults. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* **5**, 563-76.
50. Manikandan S. (2010) – Agomelatine: A novel melatonergic antidepressant. *J. Pharmacol. Pharmacother.* **1**, 122-3.

51. Leucuta S. (1989) – *Farmacocinetica în terapia medicamentoasă*. Ed. Medicală.

52. Brogden R.N., Heel R.C., Speight T.M. & Avery G.S. (1978) – Mianserin: a review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in depressive illness. *Drugs* **16**, 273-301.

53. Bucknall C. et al. (1988) – *Mianserin and trazodone for cardiac patients with depression*. *European journal of clinical pharmacology* **33**, 565-569.

54. Buckley N.A. & Sanders P. (2000) – Cardiovascular adverse effects of antipsychotic drugs. *Drug Saf.* **23**, 215-228.

55. Murray K.T. & Roden D.M. (2004) in *Cardiology* (eds. Crawford M., DiMarco J. & Paulus W.) 765-74 (Mosby, 2004).

56. Trifirò G., Spina E. & Gambassi G. (2009) – Use of antipsychotics in elderly patients with dementia: Do atypical and conventional agents have a similar safety profile? *Pharmacological Research* **59**, 1-12.

57. Jackson J.W., Schneeweiss S., VanderWeele T.J. & Blacker D. (2014) – Quantifying the role of adverse events in the mortality difference between first and second-generation antipsychotics in older adults: systematic review and meta-synthesis. *PLoS One* **9**, e105376.

58. Kales H.C. et al. (2012) – Risk of mortality among individual antipsychotics in patients with dementia. *Am. J. Psychiatry* **169**, 71-79.

59. Ray W.A., Chung C.P., Murray K.T., Hall K. & Stein C.M. (2009) – Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *N. Engl. J. Med.* **360**, 225-235.

60. Schneider L.S., Dagerman K.S. & Insel P. (2005) – Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* **294**, 1934-1943.

61. Jönsson A.K., Spigset O. & Hägg S. (2012) – Venous thromboembolism in recipients of antipsychotics: incidence, mechanisms and management. *CNS Drugs* **26**, 649-62.

CAPITOLUL 6

COMPORTAMENTUL CARDIACULUI ÎN CADRUL BOLII

1. Aspecte de ordin general

Ioan-Bradul Iamandescu

Comportamentul bolnavului suferind de o boală importantă – care îi generează un **disconfort** menit să-i afecteze **dispoziția** (de la simpla enervare, „tracasare” și până la o veritabilă demoralizare, culminând cu instalarea depresiei) îi provoacă, în primul rând, o **anxietate legată de nesiguranța evoluției viitoare**. Acest comportament este supus unor factori de natură variată grupați în funcție de **resursele personale și sociale** ale bolnavului, și de gravitatea bolii, **modelați de factori sociali** (sistemul de îngrijire a sănătății, de protecție socială) și de **factori conjuncturali** (potențatori ai „șansei” și „neșansei” pentru bolnav) (1).

Aceeași boală, cu o agregare aproximativ constantă de factori nocivi pentru sănătatea unui bolnav, este însă **trăită în mod diferit de diferiți bolnavi**, în funcție de reactivitatea biologică și psihologică, și de interacțiunea socială a acestuia, dar și în funcție de factorii conjuncturali.

Putem să ilustrăm **această „formulă” a factorilor biopsihosociali și conjuncturali** prin cazul unui bolnav în vârstă de 48 de ani – de profesie muncitor în construcții – cardiac asimptomatic (având o ateromatoză coronariană ignorată) – care face un infarct miocardic în cursul unei călătorii în mediul rural, departe de alți oameni care să îl poată ajuta imediat (factori conjuncturali), având dureri în epigastru și vărsături (infarct postero-inferior), confundate de el cu o banală indigestie – la fel ca și de medicul de familie la care ajunge, după 3 km de mers – și care, în condițiile agravării bolii și ale scăderii tensionale importante, solicită ambulanța care sosește după circa o oră. Ajuns la spital, bolnavul ratează – la circa 7 ore de la debutul infarctului – însușirea tratamentului trombolitic, dar, din fericire, celelalte măsuri terapeutice aplicate de personalul medical din spital reușesc să stabilizeze evoluția infarctului. Bolnavul – cu o stare depresivă anterioară indusă de prelungirea șomajului și de părăsirea sa de către soție pentru viciul său

principal, alcoolismul, asociat cu brutalizarea soției și a celor doi copii – se întoarce într-o locuință pustie și neavând decât șansa de a fi ajutat din mila vecinilor.

Recomandările medicale – incluzând și suprimarea consumului de alcool (singura sa șansă de îmbărbătare) nu pot fi îndeplinite și nici planul terapeutic pe care nu reușește să-l respecte din lipsă de bani, deși este convins de utilitatea tratamentului, mai ales că știe că și tatăl său a murit de infarct miocardic la vârsta de 50 de ani.

Distingem din analiza acestui caz (real!) agregarea:

- factorilor biologici (terenul genetic și consumul crescut de alcool);
- factorilor psihologici (starea depresivă – predominant exogenă, dar fără o analiză a unei eventuale componente endogene! – și dependența de alcool + impulsivitatea și agresivitatea comportamentală);
- factorilor sociali [statut socio-economic inferior (2), conflicte cu soția, suport social redus și temporar – „mila vecinilor”];
- factorilor conjuncturali (momentul și locul apariției infarctului, confuzia diagnostică, toate acestea întârziind primirea ajutorului medical).

Referitor la **factorii sociali**, anticipăm o perspectivă mult mai redusă a acestui bolnav de a beneficia de un tratament optim, în viitor, ca de exemplu, stenturi, bypass-uri etc. și, într-un caz extrem, transplant cardiac.

Din prezentarea acestui caz, dorit a se constitui într-o prezentare capabilă să sugereze motivația comportamentului unui bolnav cardiac, lipsesc o serie de elemente cuprinse în două paragrafe ale lucrării noastre: **impactul psihologic al bolii cardiace asupra bolnavului** (Capitolul 2) și **statutul social al cardiacului** (Capitolul 1).

Încercând o sinteză orientativă – cuprinzând și aceste elemente, alături de datele desprinse din analiza cazului prezentat anterior, dar și a altor date generale, referitoare la comportamentul omului bolnav – vom înfățișa în mod schematic **comportamentul „general” al unui bolnav cardiac** – pe care medicul trebuie să-l anticipeze și să-l „îmbrace în hainele particularizării cazului”, pe baza unor elemente strict personale ale bolnavului, în scopul unei abordări specifice diagnostice și terapeutice.

Bolnavul cardiac, atunci când conștientizează natura bolii sale, își reprezintă în plan mental acele caracteristici pe care le posedă fiecare boală, după clasificarea reprezentărilor cognitive ale bolii propusă de Leventhal (3) și valabilă pentru toate bolile, somatice sau psihice:

- **numele bolii** – îi permite bolnavului cardiac să înțeleagă că „o boală de inimă sau chiar vasculară prezintă o notă de gravitate mai mare decât alte boli;
- **cauzele bolii** – sunt de regulă minimalizate (cum este cazul fumătorilor, al consumatorilor de alcool), fiind acuzat stresul psihic, din cauza căruia bolnavul recurge la tutun și alcool – sau recunoscute cu seninătate, ca de exemplu dieta nocivă și lipsa antrenamentului fizic, caz în care își acuză lipsa de voință, dar și posibilitățile reduse de a le respecta; prezența unor antecedente ereditare cu decese la vârste sub 70 de ani impune mai mult respect față de indicațiile medicale;
- **efectele bolii** – sunt apreciate uneori excesiv, teama de moarte prematură sau de restricții maxime față de efort – generând adeseori o anxietate puternică, pe care un medic – avizat asupra personalității anxioase, ușor de

recunoscut a anumitor bolnavi – trebuie să o combată, prin informații securizante și exemple pozitive (4);

- **durata bolii**, de regulă pe parcursul vieții, poate fi – în zilele noastre – diminuată sau persistentă la un nivel minim de severitate, ca în cazul intervențiilor chirurgicale reușite;
- **controlabilitatea bolii** – reprezintă o problemă delicată prin aceea că adesea cardiacul devine depresiv și se „consolează” prin neglijarea obligațiilor de tratament și schimbarea stilului de viață (5).

Dacă bolnavul este asigurat de eficiența medicației de control al tensiunii arteriale, al vasomotricității și al nivelului dislipidemiei etc. – el nu mai simte atunci tentația de a încălca restricțiile privitoare la stilul său de viață.

Din acest motiv medicul trebuie să dea dovadă de fermitate față de aceste abateri de la regimul dietetic și de la stilul de viață – destul de bine stabilit – ale oricărui cardiac.

Importanța pe care cardiologul sau medicul de familie trebuie să o acorde corectării unor **reprezentări cognitive eronate ale bolnavului cardiac** are efecte pozitive în acceptarea rezonabilă de către bolnav a calității vieții sale de cardiac și, mai ales, în edificarea unei bune compliance terapeutice (6).

Aceste două aspecte ale bolilor cardiovasculare, relaționate cu comportamentul bolnavului cardiac, vor fi prezentate în capitolele următoare.

Bibliografie

1. Iamandescu I.B. (2005) – *Psihologia Sănătății*. Ed. Infomedica, București.
2. Mathews K., Gallo L. (2011) – Psychological perspective on pathways linking socio-economic status and physical health. *Amer. Rev. Psychol.* 62, 501-530.
3. Leventhal H., Nerenz D., Steele D.J. (1984) – Illness representation and coping with health threats. pp 219-252. În Baum A., Taylor S.E., Singer J.E. (eds.). *Handbook of psychology and health*. Hillsdale, N. Jersey.
4. Dornelas E.A. (2008) – *Psychotherapy with cardiac patients*. Amer. Psychol. Assoc., Washington DC.
5. Lane D.A., Chong A.Y., Lip G.Y. (2005) – Psychological interventions for depression in heart failure. *Cochrane Database of Systematic Review*, 1, Article CDOO3329.
6. Iamandescu I.B. (2010) – *Manual de psihologie medicală*. Ed. Infomedica, București.

2. Calitatea vieții bolnavilor cardiovasculari

Liliana Neagu

În ultimul deceniu, patologia cardiacă a devenit una dintre cele mai importante boli ale lumii în termeni de prevalență, morbiditate, expectanță de viață, management și costuri pentru îngrijiri. În existența omului este incontestabil că **factorii psihosociali de stres sunt cel mai des întâlniți, favorizați de ritmul trepidant al vieții moderne**, stimulând hipotalamusul care reglează dispoziția

individului activând asupra axului sistemului simpatic și hipofizo-cortico-suprarenal. În condițiile lumii moderne stimulii se repetă la infinit, iar această stimulare prelungită explică la unii indivizi mai vulnerabili comportamente de risc prin excesul de alimentație, tabagism sau lipsa activității fizice.

Evoluția lumii moderne a permis, pe de o parte, creșterea incidenței bolilor cardiovasculare determinate de stres, dar totodată, **mijloacele terapeutice din ultima vreme permit păstrarea unei calități a vieții omului bolnav care să fie evaluată cât mai aproape de cea a omului sănătos.**

Medicația în bolile cardiovasculare este în continuu progres, perspectivele de viață ale bolnavilor fiind mult ameliorate în ultimele decenii.

Evoluția aproape fatală a unor defecte congenitale a fost radical schimbată în bine, prin corectarea acestor defecte, **grație progreselor făcute de chirurgia cardiacă.** De asemenea, grefele în cardiopatia ischemică dureroasă sau arterită au mărit durata de viață, **aplicarea de stimulatoare cardiace (pacemaker)** a transformat radical viața multor bolnavi suferind de bloc atrio-ventricular, făcându-i valizi și capabili de a face eforturi aproape ca oamenii sănătoși.

Cu toate acestea, în funcție de vulnerabilitatea pacientului, poate apărea teama revenirii bradicardiei sau chiar a opririi inimii, cu consecințe negative asupra capacității de recuperare, din cauza neliniștii interioare, a anxietății sau chiar a depresiei. În acest caz, medicul practician va trebui să inițieze un complex de măsuri profilactice și psihoterapeutice legate de combaterea anxietății, dar și o instruire a bolnavilor privind aspectele tehnice ale pacemaker-ului.

Conviețuirea cu insuficiența cardiacă cronică determină reducerea calității vieții prin disconfort, invaliditate și incapacitate de muncă, și determină apariția unor probleme psihosociale la care pacienții trebuie să se adapteze. Procesul de adaptare la stresul determinat de prezența bolii se realizează prin folosirea unor **mecanisme de coping**: *centrate pe problemă* – metodă rațională, activă de a produce modificări în mediu și *centrate pe emoții* – tendința de a se centra pe propriile trăiri afective. Acestea pot avea rol adaptativ, negativ sau pozitiv, în funcție de semnificația problemei.

Calitatea vieții este conceptualizată ca o variabilă cu numeroase dimensiuni, iar o calitate a vieții bună trebuie să cuprindă o stare sufletească pozitivă, relații interpersonale suportive și absența tulburărilor fizice și psihice (1).

Tabel 1. Principalii indicatori ai calității vieții în raport cu starea de sănătate

Sănătatea fizică (simptome somatice)
Sănătatea mintală (simptome psihice)
Activitatea fizică
Activitatea socială
Limitări de rol din cauza problemelor fizice
Limitări de rol din cauza problemelor emoționale
Vitalitatea (energie – fatigabilitate)
Percepția stării de sănătate

Calitatea vieții este dată de percepțiile indivizilor asupra situațiilor lor sociale, în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în dependență de propriile trebuințe, standarde și aspirații (2).

În medicină, prin calitatea vieții se înțelege bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite, în existența lor cotidiană. Revicki și Kaplan (3) definesc calitatea vieții ca fiind reflectarea preferințelor pentru anumite stări ale sănătății ce permit scăderea mortalității și care exprimă printr-un singur indice ponderat ani de viață standardizați în funcție de calitatea vieții.

Scalele generice de măsurare a calității vieții în funcție de starea de sănătate evaluează în general funcționarea fizică, socială și psihică a bolnavilor indiferent de afecțiunea medicală de care suferă: de exemplu, **chestionarul MOS-SF 36** (*Medical Outcome Study – Short Form*) conține 36 de itemi care se referă la 8 grupe de indicatori ai sănătății (4):

1. scala funcționalității fizice (10 itemi);
2. scala problemelor cauzate de afecțiunile fizice (4 itemi);
3. scala funcționalității sociale (2 itemi);
4. scala durerilor corporale (2 itemi);
5. scala sănătății mintale (5 itemi);
6. scala problemelor cauzate de stări emoționale (3 itemi);
7. scala de vitalitate (4 itemi);
8. scala sănătății generale (5 itemi).

Chestionarul SIP-SIP-SICKNESS Impact Profile [profilul impactului bolii asupra sănătății (5)] conține 136 de itemi și evaluează 12 dimensiuni ale activității zilnice:

1. mobilitatea fizică (12 itemi);
2. îngrijirea corporală și activitățile cotidiene (23 itemi);
3. capacitatea de deplasare (10 itemi);
4. activitățile casnice (10 itemi);
5. interacțiunile sociale (20 itemi);
6. comportamentul emoțional (9 itemi);
7. vigilența (10 itemi);
8. comportamentul alimentar (9 itemi);
9. capacitatea de comunicare (9 itemi);
10. somnul și odihna (7 itemi);
11. activitățile profesionale (9 itemi).

Pentru evaluarea QOL în **insuficiența cardiacă**, **chestionarul Minnesota** conține următoarele scale: fizică, socio-economică și psihologică, cea din urmă evaluând prezența anxietății, a insomniei și a depresiei, etichetarea bolnavului drept cardiac (neputință, obsesia morții).

Neil R. Oldridge (6) elaborează un instrument specific **pentru domeniul cardiovascular**: *A. Macnew-Mac Master-Newcastle Heart-related Quality for Life Questionnaire* (**Chestionarul Mac Master-Newcastle** pentru calitatea vieții

pacienților cu boli cardiovasculare). Versiunea românească, Oldridge și colab. (7), cuprinde 27 de itemi și 3 scale:

1. Scala funcționalității emoționale sau psihice (cu 14 itemi) – de exemplu, „În general, cât de des v-ați simțit dezamăgit, nervos sau nerăbdător? Cât de des plângeți sau vă vine să plângeți?”

2. Scala funcționalității fizice (13 itemi) – de exemplu, „Cât de des v-ați simțit slăbit sau epuizat fizic sau psihic? Cât de des ați simțit dureri în piept în timpul activităților zilnice?”

3. Scala funcționalității sociale (14 itemi) – de exemplu, „Cât de des ați simțit că cei apropiați nu mai au aceeași încredere în dumneavoastră ca înainte de apariția problemelor cardiace? Cât de des ați fost incapabil să ieșiți în societate din cauza bolii de inimă?”

Tot în acest domeniu este folosit și **chestionarul SAQ-Seattle Angina Questionnaire** (chestionarul pentru **angină pectorală**) – autor principal John Spertus (8) – cu 19 itemi și 5 domenii:

1. limitarea activităților fizice;
2. stabilitatea durerilor pectorale;
3. frecvența durerilor pectorale;
4. satisfacția față de tratamentul medical primit;
5. percepția subiectivă a bolii.

Modul de viață al cardiacului este hotărâtor, în primul rând acesta trebuind să evite eforturile fizice sau traumele psihice care ar putea dăuna unei bune funcționări a inimii. Fără a fi obsedat de boală, cardiacul nu va trebui să ignore posibilitatea agravării și apariția unei complicații, mai ales în condițiile nerespectării unui regim de viață sănătos. Vor fi evitate **eforturile inutile, mesele abundente, fumatul, consumul de alcool** și alți factori agravanți, ca **umezeala, frigul, infecțiile căilor respiratorii**.

După orice episod al unei boli cardiace sau un accident în evoluția unei cardiopatii ischemice, revenirea la viața normală este importantă și are puternice implicații psihice și socio-economice. Va fi respectată „**regula 3R: recuperare, readaptare, reinsertie socială**”. În cazul tinerilor (de exemplu, în boala valvulară reumatică), **orientarea profesională** va fi îndreptată spre profesii care nu necesită efort fizic intens.

Apariția unui infarct miocardic sau a unor crize anginoase în plină activitate determină probleme complexe de ordin psihologic. Bolnavul revenit în anturajul său trebuie să fie optimist în ce privește resursele sale fizice și psihice. Dacă îngrijirile sunt de mare utilitate în convalescența unui infarct miocardic, din punct de vedere psihologic bolnavul revine mult afectat în mediul familial. Apariția depresiei și a anxietății este frecventă deoarece neliniștea se împletește cu numeroase restricții în ce privește viața cotidiană (interdicții privind mișcarea, alimentația și activitatea sexuală, necesitatea schimbării profesiei), **sentimentul de inutilitate** conducând către „**crize emoționale**” care agravează starea obiectivă.

O atitudine prea protectoare față de bolnav nu ar avea rezultate pozitive, de aceea, se încurajează reluarea progresivă a activității fizice și mărirea capacității

de efort, posibilitatea reluării vieții sexuale și a implicării în activitățile intelectuale permit o restructurare a vieții.

Bolnavii variază din punct de vedere al capacității lor adaptative: cei mai mulți recapătă încredere în forțele lor, în timp ce alții sunt obsedați de boală, stârnind în jurul lor o atmosferă tristă. Pe plan uman și social este de preferat o „reinsertie” cât mai rapidă, însă în cazul celor imobilizați la pat susținerea morală, înțelegerea profundă și răbdătoare le pot aduce mai multă liniște.

Reinsertia ridică uneori probleme majore, în cazul unor activități care implică eforturi fizice mari, necesitând recalificarea, cea mai bună soluție ar fi **menținerea locului de muncă anterior îmbolnăvirii în raport cu adaptarea sa la efort.**

De asemenea, **regimul dietetic** va fi adaptat la boală și evoluția acesteia. Indiferent de gravitatea bolii vor fi evitate creșterile excesive în greutate, mai ales în condiții de stres. Restricția de sare în HTA și la cardiaccii decompensați este obligatorie.

Supravegherea periodică a unui cardiac îl obligă pe acesta să se prezinte la examenul medical și, mai ales, dacă survine o complicație sau la indicația medicului. Această supraveghere nu trebuie să devină însă o obsesie pentru bolnav.

Chiar dacă rămân aspecte necunoscute în ceea ce privește mecanismul declanșării aterosclerozei coronariene și cerebrale sau a HTA esențiale, o serie de împrejurări ce favorizează apariția și agravarea evoluției se cunosc, existând **posibilitatea înlăturării acestor factori de risc.** Chiar apariția unui infarct miocardic acut nu mai trebuie considerată o scurtare a duratei de viață, bolnavul fiind conștient că poate include în viața sa programe de gestionare a stresului, cum ar fi: **Programul Birkenbihl, Programul antistres BURNS sau New Start.**

Chestionarele privind calitatea vieții permit și în cazul bolilor cardiovasculare evaluarea modificărilor pozitive ale itemilor componenți sub efectul medicației sau chiar și al diverselor forme de psihoterapie.

Luban-Plozza evidențiază beneficiile unor psihoterapii bifazice prin care inițial se obține relaxarea psihică, iar ulterior practicarea unor activități fizice dozate progresiv (9).

Psihologului îi revin sarcini speciale de psihoterapie prin utilizarea unor metode care să vizeze diminuarea anxietății (tehnici de relaxare); combaterea stresului prin terapie cognitiv-comportamentală, art-terapie, muzicoterapie etc., capabile să prevină recidivele și să îmbunătățească calitatea vieții.

Bibliografie

1. Iamandescu I.B., (2010) – *Manual de psihologie medicală*, Ed. Infomedica, București.
2. OMS (1998) – *The World Health Report*.
3. Revicki & Kaplan (1993) – cit. Gr.T. Popa – resursă internet: www.medicalplace.blogspot.ro/2011/calitățile-vieții-în-medicina.html.
4. Ware JE., Gandek B., Keller SD. (1996) – *Grupul de proiect IQOLA: instrumente utilizate la nivel transnațional de evaluare*, în: «Spilker BED Calitatea Vieții și Pharmacoeconomics în studiile clinice», Ediția a doua New York: Raven Press, 681-92.

5. Bergner M. (1981) – cit. Lupu I., în „Calitatea vieții în sănătate” – resursă internet: www.revistacalitateavietii.ro/2006.
6. Oldridge Neil R. (1998) – cit. Buta, M.G., în *Sfințenia vieții și calitatea vieții. Perspectiva bioetică*, resursă internet: www.culturavietii.ro.
7. Oldridge Neil R. (2003) – resursa internet: www.culturavietii.ro.
8. Spertus J.A., Winder J.A., Dewhurst T.A. et al. (1995) – Dezvoltarea și Evaluarea Chestionarului Angina Seattle (SAQ): o nouă măsură a stării funcționale în boala coronariană. *I Am. Coll. Cardiol.* 25(2): 333-341.
9. Luban Plozza, (2009) – *Psihologie medicală, Partea a II-a, Psihosomatică generală*, sub red. Iamandescu. I.B., Ed. Infomedica, București.

3. Complanța terapeutică în bolile cardiovasculare

Crina Julieta Sinescu, Ioana Cioca

Introducere

Scopul principal al oricărei terapii bazate pe prescripția de medicamente este să ajungă la anumite rezultate dorite pentru pacient, ca parte integrantă a obiectivelor în managementul bolii. Totuși, în ciuda bunelor intenții și a eforturilor medicilor nu se poate ajunge la aceste rezultate dacă pacientul nu este compliant. „Medicamentele nu funcționează pentru cei care nu le iau” (1). Dar complianța terapeutică nu implică numai conformarea pacientului în legătură cu tratamentul medicamentos, dar și cu diete, exerciții fizice sau schimbări ale stilului de viață. În termeni generali, a fost estimat că rata complianței terapeutice a terapiilor medicamentoase de lungă durată se află între 40% și 50%. Rata complianței pentru terapia de scurtă durată este mult mai mare, estimată la valori între 70% și 80%, în timp ce complianța terapeutică, în cazul tratamentelor ce implică schimbarea modului de viață, este cea mai mică, fiind situată între 20% și 30% (2).

Definiții și termeni

În dicționarul Oxford, complianța este definită ca „practica de a respecta regulile sau cererile făcute de oamenii cu autoritate”. În domeniul sănătății, cea mai comună definiție a complianței este „**gradul în care comportamentul pacientului (din punct de vedere al administrării de medicamente, al respectării dietelor sau al executării schimbării stilului de viață) coincide cu recomandarea medicului**” (3). Deci, noncomplianța terapeutică apare în cazul în care pacientul nu respectă îndrumările și sfaturile medicului.

Termenul de complianță a fost criticat pentru că sugerează paternalism. Profesioniștii din sănătate stabileau, iar pacienții trebuiau să se supună. Au fost

propuși termeni alternativi precum aderență sau concordanță pentru a-l înlocui pe cel de complianță. **Aderența este definită ca abilitatea și dorința de a urma regimul terapeutic prescris** (4). Aderența presupune mai degrabă o relație de respect și colaborare de tip pacient-furnizor de servicii de sănătate. OMS a revizuit și compilat vechile definiții pentru ca acum să definească aderența ca fiind „gradul” în care comportamentul unei persoane – luarea medicației, urmarea unei diete și/sau efectuarea unor schimbări în modul de viață – corespunde cu recomandările agreate ale unui furnizor de servicii medicale. Cu toate acestea, termenul de complianță este încă larg utilizat în cercetările medicale, dar adesea cu același sens ca aderența, deși pare mai adecvat întrucât implică și o deliberare prelabilă a bolnavului asupra utilității și a posibilităților de a urma indicațiile terapeutice.

În acest domeniu de cercetare, un alt termen, concordanța, a început să fie utilizat. **Concordanța se definește ca starea sau condiția de înțelegere și armonie** (5). Starea de înțelegere poate fi atinsă printr-o alianță terapeutică obținută prin negociere. Concordanța se bazează pe **parteneriatul în tratament**, iar ambele părți sunt egale. Poate fi dificil pentru mulți medici să accepte că, în ciuda cunoștințelor și a îndelungatei lor experiențe, pacientul este cel care trebuie să decidă dacă va urma tratamentul sugerat. Pentru a face acest parteneriat funcțional, **pacientul trebuie informat cu privire la diferitele opțiuni de tratament și avantajele și dezavantajele fiecăreia**. Atitudinea pozitivă a medicului cu privire la concordanță și parteneriat în tratament este de o importanță crucială pentru funcționarea acestuia.

Implicațiile clinice și financiare ale noncompliancei

Înainte de a putea crea strategii pentru a combate problema noncompliancei terapeutice, trebuie mai întâi să evaluăm implicațiile clinice sau de alt tip ale acesteia. Din punctul de vedere al medicilor, complianța terapeutică este o problemă majoră în clinica medicală din două motive. În primul rând, noncompliancea sau complianța parțială poate afecta major rezultatele tratamentului și poate avea consecințe clinice directe. Noncompliancea este asociată în mod direct cu rezultate nefavorabile ale tratamentului la pacienții cu boli cronice. De exemplu, la pacienții cu hipertensiune, complianța terapeutică slabă este principalul factor ce determină controlul scăzut al presiunii sângelui, așadar crescând riscul unui atac, infarct sau insuficiență renală, lucru grav dacă luăm în considerare un studiu care arată că numai 31% dintre pacienți reușesc să-și controleze hipertensiunea arterială (6).

Pe lângă impactul nedorit asupra cazurilor clinice, noncompliancea terapeutică creează, de asemenea, probleme financiare asupra societății. De exemplu, noncompliancea terapeutică a fost asociată cu un exces de vizite urgente la doctor, spitalizări și costuri de tratamente mai mari. A fost estimat că 25% dintre spitalizările din Australia și 33%-69% dintre spitalizările din SUA sunt consecința noncompliancei terapeutice față de prescripția doctorului (7).

În plus, în afară de impactul financiar, noncompliancea terapeutică va produce costuri suplimentare consecutiv pierderii de productivitate, fără să menționăm efectele negative evidente asupra calității vieții pacientului.

Factorii care influențează complianța terapeutică

Factorii identificați într-o metaanaliză (8), ce concentrează rezultatele a peste 100 de articole, au fost grupați în mai multe categorii, în principal:

- A. factori centrați pe pacient;
- B. factori asociați cu tratamentul;
- C. factori legați de boală;
- D. factori asociați cu medicul și sistemul de sănătate;
- E. factori sociali și economici.

A. Factori centrați pe pacient

1. Factori demografici

Factorii cei mai importanți identificați în acest grup includ vârsta pacientului, sexul, educația și starea civilă.

Vârsta

Majoritatea studiilor (9, 10) arată că vârsta pacientului se află în strânsă legătură cu complianța terapeutică a acestuia, chiar dacă unele studii au dovedit că vârsta nu este un factor de non-complianță (11). Pentru **persoanele vârstnice**, rezultatele mai multor studii nu sunt unidirecționale. O mare parte a studiilor (12, 13) au sugerat că acești pacienți vârstnici au o complianță ridicată. Într-un studiu privind aderența la medicamente hipotensive a pacienților în vârstă, pacienții cu vârste peste 85 de ani au demonstrat o aderență mai mare la tratament (peste 80%) comparativ cu cei cu vârste cuprinse între 65 și 74 ani (14). Totuși, unele studii arată că vârsta avansată afectează complianța pacienților în direcție opusă (15, 16, 17).

În aceste studii s-a constatat că persoanele în vârstă sunt deosebit de vulnerabile. Dintre pacienții vârstnici 90% fac unele erori de medicație, iar 35 % fac **erori grave**. Mai multe studii (18, 19) au încercat să sugereze motive plauzibile pentru lipsa de complianță în cazul pacienților mai în vârstă. Aceștia pot avea **probleme cu vederea, auzul sau memoria**. Mai mult, pot avea mai multe dificultăți în urmarea instrucțiunilor tratamentului din cauza lipsei educației și a accesului facil la informație (în anumite culturi), a deteriorării cognitive sau a altor dificultăți fizice, precum probleme în înghițirea pastilelor, deschiderea cutiilor cu medicamente, manevrarea pastilelor mici, distingerea culorilor sau identificarea semnelor de pe medicamente. Pe de altă parte, de cele mai multe ori, oamenii mai în vârstă pot fi mai îngrijorați în legătură cu sănătatea lor decât cei mai tineri, deci **noncomplianța terapeutică, în cazul bătrânilor, este în cele mai multe cazuri neintenționată**.

Barriere fizice (precum imobilizarea, slăbiciunea, tremurăturile), barierele funcționale [cum ar fi pierderea de memorie, confuzie (care apare mai ales în cazul regimurilor complexe)], **veniturile insuficiente, singurătatea** reprezintă alte cauze importante de noncomplianță. Pacienții în vârstă sunt dispuși, de cele mai multe ori, să respecte recomandările medicale, dar nu sunt în măsură, ceea ce-i diferențiază de **pacienții mai tineri, care sunt capabili să**

respecte recomandările medicale, dar nu sunt dispuși, deoarece aceștia negă importanța bolii lor, în cazul lor vorbindu-se de o non-complianță intenționată.

De aceea și complianța persoanelor mai tinere și de vârstă mijlocie s-a dovedit relativ scăzută în majoritatea studiilor (20, 21). Pacienții din aceste categorii de vârstă au mai întotdeauna alte priorități în viața lor. **Din cauza slujbei și a altor obligații, ei nu au timpul necesar** pentru tratamente sau pentru a aștepta mult timp pentru consultații. De asemenea, **complianța scăzută apare și la adolescenți și copii cu boli cronice** (22). Copiii foarte mici au nevoie de mult ajutor din partea părinților sau a tutorilor pentru a respecta tratamentul. Deci, noncomplianța în cazul lor, poate fi cauzată indirect, de lipsa de înțelegere cu părinții.

Sexul pacientului

Pacientele au fost catalogate de unii cercetători ca având o complianță mai bună (23), în timp ce alte studii au relevat contrariul (24). Există numeroase diferențe între sexe în ceea ce privește factorii biopsihosociali, mai ales cei cognitivi, care pot influența aderența la tratament (25, 26). Comportamentele privind sănătatea **sunt puternic modificate de factorii de mediu și de cei culturali**. Numeroase studii au arătat o corelație între sex și abilitatea de adopta comportamente sanogenice cu scopul de a reduce riscul îmbolnăvirii. (27, 28, 29).

Se cunoaște faptul că **femeile adoptă mai mult decât bărbații comportamente preventive**, iar acest fenomen este explicat de diferențele biologice și hormonale legate de sex. Astfel, indispozițiile legate de ciclul menstrual, gravitate și schimbările hormonale din timpul menopauzei pot fi importante, deoarece, femeile apelează la proceduri medicale mai des decât bărbații. Pe de altă parte **femeile amână procedurile preventive și diagnostice din cauza rolurilor sociale multiple**, cu dublă solicitare, acasă și la serviciu (30, 31). În anumite culturi, **bărbații ar putea avea o aderență la tratament mai crescută datorită nivelului de educație mai ridicat și a statutului material**, dar și a conflictelor de rol diminuate, a activității fizice crescute și, consecutiv, a frecvenței mai scăzute a obezității. De asemenea, **convingerea femeii că ar fi mai puțin predispusă bolilor cardiovasculare** poate explica slaba aderență la tratament a acestora.

O altă posibilă explicație ar fi aceea că femeile cumulează mai mulți factori psihologici (32, 33, 34), ceea ce poate contribui la aderența lor scăzută. De asemenea, ele prezintă o incidență mai mare a semnelor și a simptomelor clinice (35), ceea ce poate contribui la pierderea credinței în beneficiile tratamentului și, implicit, la scăderea complianței acestora (36, 37). Însă, unele studii nu au reușit să găsească o legătură între sexul pacientului și complianța acestuia (38).

Nivelul educațional

Efectul nivelului de educație în noncomplianță este ambiguu. Mai multe studii au evidențiat că pacienții cu **un nivel educațional ridicat** poate determina o complianță mai bună, în timp ce puține cercetări nu au găsit nicio asociație (39). În mod intuitiv, se așteaptă ca pacienții cu un grad ridicat de educație să aibă o bază mai solidă de informații în ceea ce privește boala și rolul terapiei și, de aceea, să prezinte o complianță ridicată. Oricum, DiMatteo (2) a descoperit că și **pacienții**

cu nivel educațional ridicat pot să nu își înțeleagă afecțiunea sau să nu creadă în beneficiile respectării regimului medicamentos. Dimpotrivă, alte cercetări au arătat că pacienții cu un nivel scăzut de educație au o complianță mai bună. Un studiu din Marea Britanie (12) a arătat că **pacienții cu un nivel de educație mai scăzut** au avut o complianță mai bună cu medicamentele care reduc nivelul de colesterol, acest lucru fiind explicat prin faptul că acești pacienți pot avea o mai mare încredere în sfaturile medicilor.

Starea civilă

Starea civilă poate influența pozitiv complianța pacienților cu tratamentul medicamentos. **Sprijinul și suportul din partea soțului/soției** pot fi motivul pentru care pacienții căsătoriți au respectat mai mult tratamentul decât persoanele singure (40). În orice caz, în multe studii, starea civilă a pacienților nu este considerată un factor important în influențarea complianței lor (41).

2. Factori psihologici

În majoritatea studiilor, **încrederea pacientului în medic și tratament, motivația acestuia, dar și atitudinea negativă în terapie** au fost identificați ca factori mai importanți în modularea complianței terapeutice decât cei socio-economi (42, 43, 44).

Conform rezultatelor acestor studii, încrederea pacientului în ceea ce privește cauza și semnificația bolii și motivația de a urma terapia au o strânsă legătură cu complianța lor. Complianța este influențată pozitiv **când pacientul se simte susceptibil în fața bolii sau a complicațiilor sale**, atunci când crede că boala sau complicațiile sale **pot avea consecințe severe** pentru sănătatea lui sau consideră că terapia va avea efecte benefice, având de câștigat de pe urma terapiei.

Pe de altă parte, **concepțiile greșite** păstrate de pacienți contribuie la o complianță scăzută. Îngrijorările pacientului asupra tratamentului, convingerea că boala este de necontrolat și **uneori credința religioasă** pot crește posibilitatea ca ei să nu fie complianți cu terapia. La pacienții cu boli cronice, așa cum sunt bolile cardiovasculare, **frica de dependența de tratamentul medicamentos pe termen lung** poate fi un factor care contribuie negativ la complianța terapeutică. Acest factor poate fi intensificat de credința religioasă în unele cazuri. Spre exemplu, în Malaysia, unii pacienți cu hipertensiune arterială credeau că folosirea pe termen lung a medicamentelor „occidentale” era „dăunătoare” și erau mai încrezători în remediile naturale (45). Într-un studiu din Noua Zeelandă (46), **unii pacienți credeau că boala este voia lui Dumnezeu** și este de necontrolat, percepend nevoia de medicamente ca fiind inutilă. Similar, în Pakistan, frica înăscută și credința în supranatural au fost raportate ca fiind doi factori majori care afectează complianța pacientului.

Pacienții cu o **motivație scăzută în schimbarea obiceiurilor sau în luarea medicamentelor** au, de obicei, o complianță săracă. În acest studiu din Malaysia (45), 85% dintre pacienții cu hipertensiune au citat lipsa de motivație ca motiv pentru renunțarea la tratament.

Numeroase studii au demonstrat existența unei legături între atitudinea negativă a pacienților în terapia modernă (de exemplu, depresia, anxietatea, temerile

sau furia asupra bolii) și complianța lor (39). Într-un studiu (47) efectuat pe pacienți cu vârstă peste de 65 de ani, suferind de boală coronariană, **depresia a afectat în mod evident complianța**. Așadar, atitudinea negativă în terapia modernă poate fi văzută ca un factor puternic pentru o complianță de slabă calitate.

3. Alți factori care țin de pacient

Cunoștințele pacientului

Cunoștințele pacientului asupra propriei boli și asupra tratamentului nu sunt întotdeauna adecvate. Unii pacienți **nu înțeleg** rolului pe care terapia îl are în tratament; alții nu au suficiente noțiuni despre boală și consecințele unei scăzute complianțe sau **nu înțeleg importanța** vizitelor la clinică. Unii pacienți **cred că nevoia de medicamente este temporară**, așadar opresc consumul de medicamente pentru a vedea dacă într-adevăr mai au nevoie de ele. Din aceste motive, educarea pacientului este foarte importantă pentru a intensifica complianța. Sfătuirea asupra medicației este foarte folositoare pentru a îmbunătăți complianța acestuia. Așadar, medicii ar trebui să ofere pacienților **suficiente informații despre tratament sau boală, dar și despre consecințele nerespectării prescripțiilor medicale**.

Astfel, educația devine crucială. Cercetările au dezvăluit că informarea pacienților despre starea bolilor de care suferă și o înțelegere generală a medicației ar trebui să crească participarea activă a acestora în tratament (48). Dacă doctorul se asigură că pacienții înțeleg pe deplin cum ar trebui să-și dozeze medicamentele, acest lucru ar putea contribui la creșterea complianței. Pentru a se asigura că pacienții au înțeles ceea ce li s-a explicat, **instrucțiunile scrise** funcționează mai bine decât cele orale, deoarece pacienții uită de multe ori sfatul medicului.

Dependența de tutun sau de alcool

Mai multe studii despre complianța terapeutică au arătat că cei care fumează sau cei care consumă alcool sunt **mai predispuși să fie noncomplanți** (49, 50). Un studiu efectuat în Finlanda printre pacienții hipertensivi a demonstrat că cei nefumători sunt mai complianți la restricțiile dietei (22).

Funcționarea cognitivă

Funcționarea cognitivă satisfăcătoare presupune că pacienții **sunt capabili să citească, să înțeleagă**, să rețină modul de administrare a medicamentelor și să acționeze conform informațiilor primite (51). Pacienții cu un nivel scăzut de funcționare cognitivă sunt mai puțin complianți cu terapia lor (52). Pe de altă parte, pacienții care sunt capabili să citească și **să înțeleagă etichetele medicamentelor** tind să aibă o complianță mai ridicată (53).

Uitarea

Uitarea este un factor foarte des întâlnit ce cauzează noncomplanță în cazul tratamentului medicamentos sau al respectării vizitelor la medic. Un studiu japonez (18) în azilele de bătrâni a descoperit o **interesantă asociere între frecvența meselor și complianță**. Pacienții care iau mai puțin de trei mese pe zi sunt mai puțin complianți decât cei care iau trei mese pe zi. Aceasta sugerează

că frecvența meselor reprezintă un factor important în a reaminti pacientului să-și ia medicația. Oricum medicul poate folosi mai multe tipuri de *reminder* sau de memento-uri, precum: folosirea cutiilor de medicamente, **alarmă pe telefon sau asocierea tratamentului cu anumite deprinderi zilnice**, precum spălatul pe dinți, bărbieritul, ținând cont de fiecare pacient în parte și, de asemenea, analizând ulterior eficiența acestora.

B. Factori legați de terapie

Factorii cei mai importanți de acest tip includ: modalitatea administrării, complexitatea tratamentului, durata tratamentului, efectele secundare ale medicamentului și gradul schimbărilor comportamentale necesare.

Modalitatea administrării

Medicamentele cu o modalitate convenientă de administrare, cum ar fi administrarea orală, sunt cele mai probabile să-i facă pe pacienți complianți.

Complexitatea tratamentului

Tratamentul complex este considerat o amenințare la adresa complianței pacienților (15, 54). Cu toate acestea, complianța nu pare să se coreleze cu numărul de medicamente prescrise (21), dar se corelează cu numărul de doze zilnice pentru fiecare dintre toate medicamentele prescrise (55, 56). Există studii care atestă totuși relația dintre numărul de medicamente și complianța terapeutică (57, 58). **Rata complianței descrește direct proporțional cu creșterea numărului de doze zilnice prescrise.** Acest lucru este ilustrat de un studiu (59) în care complianța a fost evaluată în raport cu doza de pastile și care arată că non-complianța crește odată cu creșterea în frecvența dozelor prescrise: 20% pentru o dată pe zi; 30% pentru două ori pe zi; 60% pentru trei ori pe zi; 70% pentru patru ori pe zi. Similar, o meta-analiză a descoperit diferențe semnificative în **rata complianței între pacienții care lua medicație antihipertensivă o dată sau de două ori pe zi** (92,1% și respective, 88,9%) (60). Un alt studiu combină numărul de medicamente și numărul de doze zilnic, demonstrând că ambele sunt indirect proporționale cu complianța (61). Mai există și alte studii care nu au găsit o corelație semnificativă între numărul și dozele de medicament și complianța terapeutică (62, 24).

Campbell (63) consideră că pentru atingerea obiectivelor actuale în terapie, **cei mai mulți pacienți vor solicita până la patru medicamente pentru a controla tensiunea arterială**, la acestea adăugându-se aspirina și statinele, ceea ce va duce la cinci sau șase medicamente pe zi. Însă beneficiile la adăugarea unui al cincelea sau al șaselea medicament sunt mici și au o șansă egală sau mai mare de **efecte secundare și interacțiuni**, afectând în sens negativ și **complianța terapeutică**. Nu este surprinzător faptul că mai multe regimuri de medicație complicate au fost asociate cu incapacitatea de a aminti regimul (chiar și la pacienții care într-adevăr au vrut să urmeze instrucțiunile medicale). Pacienții cu o conștientizare parțială a regimului lor de medicație au prezentat un risc mai mare decât cei care nu și-au amintit deloc, probabil pentru că aceștia din urmă au solicitat asistență mai ușor, din cauza agravării rapide a simptomelor.

Durata tratamentului

Bolile acute sunt asociate cu complianță mai mare decât bolile cronice (64). În plus, durata mai mare a bolii poate afecta complianța. Similar, o durată mai mare a tratamentului poate, de asemenea, compromite complianța pacientului. Cu toate acestea, unele studii despre bolile cronice au constatat că durata mai mare de boală duce la o bună complianță, în timp ce pacienții proaspăt diagnosticați au avut o complianță scăzută (65, 66). Acest lucru poate fi explicat prin faptul că, după un timp, **atitudinea pacientului de a nega boala este redusă și pacienții acceptă tratamentul după ani de suferință.**

Efectele secundare ale medicației

Numeroase studii atestă faptul că efectele secundare amenință complianța pacientului. Într-un studiu german (67), al doilea cel mai frecvent motiv pentru non-complianță cu terapia antihipertensivă este efectul advers. De exemplu, doza terapeutică a digitalicelor este lipsită de toxicitate, dar granița spre toxicitate este foarte redusă, beta-blocantele produc impotență și scăderea libidoului, și, în general, medicamentele dau reacții adverse generale, cum ar fi greață, vărsături, atenuarea poftelor de mâncare. Deci, influența efectelor secundare asupra complianței poate fi explicată prin: **disconfortul fizic și psihic, scepticismul privind eficacitatea medicației și scăderea încrederii pacienților în medici.** Trebuie menționat faptul că și eșecurile anterioare ale terapiei pot influența nefavorabil complianța pacienților cu boli cardiovasculare.

Gradul necesar de schimbare comportamentală

Gradul necesar de schimbare comportamentală este legat de motivația pacienților în a fi complianți. În general, cu cât boala necesită o schimbare majoră a comportamentului cu atât complianța pacientului scade. Cel mai elocvent exemplu este cel al pacienților cu **tip psihocomportamental A, care prezintă o rezistență crescută la schimbarea presupusă de instalarea unei boli cardiovasculare grave, chiar un infarct miocardic.** De obicei, cel mai greu este să convingi acești bolnavi să-și modifice complet stilul de viață. **În România, pacienții preferă de obicei, să-și administreze un tratament medicamentos decât să facă modificări majore în stilul de viață.** De obicei, nu renunță la nimic din comportamentele lor patogenetice, iar dacă o fac sunt doar parțial complianți. De exemplu, fac plimbări sau exerciții fizice ușoare, scad consumul de sare, dar continuă să fumeze sau să consume alcool în exces.

C. Factori legați de boală***Severitatea bolii***

Unele studii demonstrează că severitatea crescută a bolii este asociată cu aderență scăzută (68, 69, 70) în timp ce alte studii nu au găsit vreo corelație (24). Un alt studiu sugerează că gravitatea propriu-zisă a bolii nu are legătură cu complianța. În loc de severitatea propriu-zisă, situația medicală percepută ar putea avea o influență mai semnificativă asupra complianței. Pacienții care se așteaptă la o stare de sănătate precară sunt mai motivați să fie complianți, dacă ei

consideră că medicamentația este eficientă (71). Într-un studiu (72) susținut în SUA asupra pacienților cu tratament antihiperlipidemic, cei cu o stare de sănătate deteriorată erau mai complianți la tratament. Acest studiu susține ideea că **felul în care pacienții se simt joacă un rol crucial în prezicerea complianței.**

Pe de altă parte, pacienții care suferă de **boli cu simptome fluctuante** sau fără simptome (cel puțin în faza inițială), cum ar fi astmul și hipertensiunea pot avea o complianță redusă. Oamenii de știință au demonstrat că există o legătură semnificativă între prezența simptomelor hipertensiunii și reducerea consumului de sodiu. Dintre pacienții care aveau simptome, 71% au redus consumul de sodiu, în comparație cu doar 7% la care nu erau prezente simptome (52). De asemenea, pacienții care au raportat o îmbunătățire datorată tratamentului au o complianță sporită (73).

D. Factori asociați cu medicul și sistemul de sănătate

Relația medic-pacient

Legătura dintre medic și pacient reprezintă un alt factor important care afectează complianța terapeutică (74, 75). O relație sănătoasă este bazată pe **încrederea** pacienților în medic și **empatia** din partea acestuia. Studiile au arătat că aderența este mai bună când doctorii acordă sprijin emoțional pacientului, arată respect și tratează pacienții ca un partener egal (76). Există câțiva factori care influențează încrederea pacientului în doctor. De exemplu, medicii **pun puține întrebări și nu au contact vizual** cu pacientul sau **pacienții nu reușesc să înțeleagă scrisul** ori limbajul medicului (48). Mai important, timpul scurt petrecut cu pacienții poate constitui un motiv pentru a diminua motivarea pacientului de a continua tratamentul (64).

Comunicarea prea săracă cu doctorul cauzează, de asemenea, un efect negativ asupra pacientului. În plus, **existența mai multor medici** care să prescrie un tratament medicamentos aceluiași pacient poate diminua încrederea pacientului în tratamentul prescris.

Aceste descoperiri demonstrează nevoia de cooperare între pacienți și medici, precum și **importanța unei bune comunicări.** Pentru a construi o relație bună și sănătoasă între pacienți și doctori, medicii trebuie să își implice pacienții în găsirea propriului plan de tratament și să dea pacienților o explicație detaliată asupra bolii și a tratamentului. În felul acesta pacienții nu ar fi surprinși de prezența reacțiilor adverse și a interacțiunilor medicamentoase. De pildă, pacienții trebuie **avertizați cu privire la interacțiunile periculoase** dintre digoxină și alte antiaritmice, dintre inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei cu diureticele sau dintre anticoagulatele orale cu anumite medicamente și alimente. O bună comunicare este, în general, foarte importantă pentru a ajuta pacientul să-și înțeleagă condiția și terapia.

Factori ai sistemului de sănătate

Principalii factori identificați ca având legătură cu sistemul de sănătate sunt disponibilitatea și accesibilitatea. **Lipsa accesibilității la îngrijire**, durata lungă de așteptare pentru vizitele medicale, **difficultatea de a obține prescripții** și vizitele medicale nesatisfăcătoare, contribuie la complianța redusă. Observația de

mai sus este sprijinită de un studiu care arată că satisfacția pacienților în urma vizitelor medicale îmbunătățește de cele mai multe ori complianța la tratament (77).

E. Factorii sociali și economici

Factorii sociali și economici includ: timpul acordat, costul terapiei, venituri, suportul social și asistența socială.

Timpul acordat

E posibil ca pacienții să nu poată să-și ia liber de la serviciu pentru tratament, drept urmare, rata complianței ar putea fi amenințată (78). Deci un drum cât mai redus ca durată între reședință și clinică ar putea îmbunătăți complianța pacientului (79). Un studiu sugerează că pacienții care au o slujbă au o complianță redusă deoarece au alte priorități (20).

Costul terapiei și venitul

Costul este o problemă importantă pentru complianța pacienților, mai ales în cazul celor cu boli cronice, pentru care tratamentul ar putea dura toată viața. Cheltuielile medicale ar putea reprezenta o bună parte din cheltuielile totale pentru pacienții care suferă de boli cronice, așa cum sunt cele cardiovasculare. **Costul și venitul sunt doi factori interdependenți.** Costurile pentru îngrijirea medicală nu ar trebui să fie o povară atât de mare, dacă pacientul ar avea un venit relativ mare sau **asigurare de sănătate**. Mai multe studii arată că pacienții care nu aveau asigurare sau aveau venituri mici erau mai predispuși la noncomplianță (79, 80). Totuși, chiar și pentru pacienții cu asigurare de sănătate cheltuielile medicale ar putea fi o problemă. Mai mult de 1 din 10 adulți din SUA au afirmat că au folosit o cantitate de medicamente mai mică decât cea necesară din cauza costurilor (81, 82). Acesta ar putea fi și cazul României. Personalul medical ar trebui să fie conștient de situația financiară a pacientului și să-l ajute să folosească medicamente corespunzătoare din punct de vedere al relației eficiență-cost.

Suportul social/asistența socială

Concluziile generale ale unor articole au arătat că pacienții care au beneficiat de **asistență emoțională și ajutor din partea rudelor, a prietenilor sau a personalului medical** erau mai predispuși la complianță (83, 84, 85). **Asistența socială** reduce atitudinea negativă a pacienților față de tratament, în același timp motivându-i și ajutându-i să rețină orele la care trebuie administrată medicația.

Bibliografie

1. Cramer J.A. (2002) – Effect of partial compliance on cardiovascular medication effectiveness, *Heart*. 88:203-206.
2. DiMatteo M.R. (1995) – Patient adherence to pharmacotherapy: the importance of effective communication. *Formulary*, 30:596-8, 601-2, 605.
3. Sackett D.L. (1976) – Introduction. In: Sackett D.L., Haynes R.B. ed. *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University.

4. Inkster M.E., Donnan P.T., MacDonald T.M. (2006) – Adherence to anti-hypertensive medication and association with patient and practice factors. *J. Hum. Hypertens.*, 20:295-7.
5. Vermeire E., Hearnshaw H., Van Royen P. (2001) – Patient adherence to treatment: three decades of research A comprehensive review. *J. Clin. Pharm. Therap.*, 26:331-42.
6. Hajjar L., Kotchen T.A. (2003) – Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA*, 290:199-206.
7. Osterberg L., Blaschke T. (2005) – Adherence to medication. *N. Engl. J. Med.*, 353:487-97.
8. Jin Jing, Sklar G.E., Vernon Min Sen Oh, Shu Chuen Li (2008) – Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.* February; 4(1): 269-286.
9. Sirey J.A., Bruce M.L., Alexopoulos G.S., et al. (2001) – Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatr Serv.* 52:1615-20.
10. Kim Y.S., Sunwoo S., Lee H.R., et al. (2002) – Determinants of non-compliance with lipid-lowering therapy in hyperlipidemic patients. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.*, 11:593-600.
11. Wai C.T., Wong M.L., Ng S., et al. (2005) – Utility of the Health Belief Model in predicting compliance of screening in patients with chronic hepatitis B. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 21:1255-62.
12. Senior V., Marteau T.M., Weinman J. (2004) – Self-reported adherence to cholesterol-lowering medication in patients with familial hypercholesterolaemia: the role of illness perceptions. *Cardiovasc. Drugs. Ther.*, 18:475-81.
13. Hertz R.P., Unger A.N., Lustik M.B. (2005) – Adherence with pharmacotherapy for type 2 diabetes: a retrospective cohort study of adults with employer-sponsored health insurance. *Clin Ther.*, 27:1064-73.
14. Monane M., Bohn R., Gurwitz J., et al. (1996) – Compliance with anti-hypertensive therapy among elderly medicaid enrollees: the roles of age, gender, and race. *Am. J. Public Health* 86:1805-8.
15. Cline C.M., Bjorck-Linne A.K., Israelsson B.Y., Willenheimer R.B., Erhardt L.R. (1999) – Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure. *Eur. J. Heart Fail* 1:145-149.
16. Benner J.S., Glynn R.J., Mogun H., et al. (2002) – Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA*, 288:455-61.
17. Balbay O., Annakkaya A.N., Arbak P. (2005) – Which patients are able to adhere to tuberculosis treatment? A study in a rural area in the northwest part of Turkey. *Jpn. J. Infect. Dis.*, 58:152-8.
18. Okuno J., Yanagi H., Tomura S., et al. (1999) – Compliance and medication knowledge among elderly Japanese home-care recipients. *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, 55:145-9.
19. Cooper C., Carpenter I., Katona C., (2005) – The AdHOC study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 13:1067-76.
20. Siegal B., Greenstein S.J. (1999) – Compliance and noncompliance in kidney transplant patients: ceues for transplant coordinators. *Transpl. Coord.*, 9:104-8.

21. Iihara N., Tsukamoto T., Morita S., et al. (2004) – Beliefs of chronically ill Japanese patients that lead to intentional non-adherence to medication. *J Clin Pharm Ther*, 29:417-24.
22. Kyngas H., Lahdenpera T. (1999) – Compliance of patients with hypertension and associated factors. *J Ad Nurs*, 29:832-9.
23. Szymczyk I., Wojtyna E., Lukas W., Kepa J., Pawliwoska T. (2013) – How does gender influence the recognition of cardiovascular risk and adherence to self-care recommendations?: a study in polish primary care, *BMC Family Practice* 14:165.
24. Granger B., Ekman, I., Granger C., Ostergren J., Olofsson B., et al (2009) – Adherence to medication according to sex and age, in the CHARM programme *European Journal of Heart Failure*, Volume 11, Issue 11, pp. 1092-1098.
25. Hamer M., Malan L. (2010) – Psychophysiological risk markers of cardiovascular disease. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 35:76-83.
26. Gleiberman L. (2007) – Repressive/defensive coping, blood pressure, and cardiovascular rehabilitation. *Curr. Hypertens. Rep.* 9:7-12.
27. Ward K.D., Vander Weg M.W., Kovach K.W., Klesges R.C., DeBon M.W., Haddock C.K., Talcott G.W., Lando H.A. (2002) – Ethnic and gender differences in smoking and smoking cessation in a population of young adult Air Force recruits. *Am. J. Health. Promot.* 16:259-266.
28. Opatowsky A.R., McWilliams J.M., Cannon C.P. (2007) – Gender differences in aspirin use among adults with coronary heart disease in the United States. *J. Gen. Intern. Med.* 22:55-61.
29. Schneider U., Pfarr C., Schneider B.S., Ulrich V. (2012) – I feel good! Gender differences and reporting heterogeneity in self-assessed health. *Eur. J. Health. Econ.* 13:251-265.
30. King K.M., Arthur H.M. (2003) – Coronary heart disease prevention. Views on women's gender-based perception and meanings. *J. Cardiovasc. Nurs.* 4:274-281.
31. Fleury J., Keller C., Murdaugh C. (2000) – Social and contextual etiology of coronary heart disease in women. *J. Womens Health Gend. Based. Med.* 9:967-978.
32. Song E.K., Moser D.K., Lennie T.A. (2009) – Relationship of depressive symptoms to the impact of physical symptoms on functional status in women with heart failure. *Am. J. Crit. Care.* 18:348-356.
33. Evangelista L.S., Moser D.K., Westlake C., Pike N., Ter Galstanyan A., Dracup K. (2008) – Correlates of fatigue in patients with heart failure. *Prog. Cardiovasc. Nurs.* 23:12-17.
34. Holzapfel N., Muller-Tasch T., Wild B., Junger J., Zugck C., Remppis A., Herzog W., Lowe B. (2008) – Depression profile in patients with and without chronic heart failure. *J. Affect. Disord.* 105:53-62.
35. O'Meara E., Clayton T., McEntegart M.B., McMurray J.J., Pina I.L., Granger C.B., Ostergren J., Michelson E.L., Solomon S.D., Pocock S., Yusuf S., Swedberg K., Pfeffer M.A. (2007) – Sex differences in clinical characteristics and prognosis in a broad spectrum of patients with heart failure: results of the Candesartan in Heart failure: Assessment of Reduction in Mortality and morbidity (CHARM) program. *Circulation* 115:3111-3120.

36. Ekman I., Norberg A., Lundman B. (2000) – An intervention aimed at reducing uncertainty in elderly patients with chronic heart failure. *Int. J. Hum. Caring* 4:7-13.

37. van der Wal M.H., Jaarsma T., Moser D.K., Veeger N.J., Van Gilst W.H., van Veldhuisen D.J. (2006) – Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur. Heart. J.* 27:434-440.

38. Vic S.A., Maxwell C.J., Hogan D.B. (2004) – Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Ann. Pharmacother.* 38:303-12.

39. Stilley C.S., Sereika S., Muldoon M.F., Ryan C.M., Dunbar-Jacob J. (2004) – Psychological and cognitive function: predictors of adherence with cholesterol lowering treatment. *Ann. Behav. Med.* 27:117-124.

40. DiMatteo, M. Robin (2004) – Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, Vol. 23(2), Mar., 207-218.

41. Gonzalez J, Williams JW Jr, Noel PH, et al. (2005) – Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. *J. Am. Board. Fam. Pract.*, 18:87-96.

42. Schmid T.L., Jeffrey R.W., Onstad L., Corrigan S.A. (1991) – Demographic, knowledge, physiological, and behavioral variables as predictors of compliance with dietary treatment goals in hypertension. *Addict. Behav.* 16:151-160.

43. Robertson D., Keller C. (1992) – Relationships among health beliefs, self-efficacy, and exercise adherence in patients with coronary artery disease. *Heart. Lung.* 21:56-63.

44. Richardson M.A., Simons-Morton B., Annegers J.F. (1993) – Effect of perceived barriers on compliance with antihypertensive medication. *Health Educ. Q.*, 20:489-503.

45. Lim T.O., Ngah B.A., Rahman R.A., et al. (1992) – The Mentakab hypertension study project. Part V – Drug compliance in hypertensive patients. *Singapore Med. J.*, 33:63-6.

46. Barnes L., Moss-Morris R., Kaufusi M. (2004) – Illness beliefs and adherence diabetes mellitus: a comparison between Tongan and European patients. *N. Z. Med. J.*, 117:U743.

47. Carney R.M., Freedland K.E., Eisen S.A. (1995) – Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychol.* 14:88-90.

48. Rubin R.R. (2005) – Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am. J. Med.*, 118:27s-34s.

49. Evangelista L.S., Doering L.V., Dracup K. (2000) – Usefulness of a history of tobacco and alcohol use in predicting multiple heart failure readmissions among veterans. *Am. J. Cardiol.*, 86:1339-1342.

50. Evangelista L.S., Berg J., Dracup K. (2001) – Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. *Heart. Lung.* 30:294-301.

51. Vlasnik J.J., Aliotta S.L., DeLor B. (2005) – Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans. *Case Manager*, 16:47-51.

52. Nichols-English G., Poirier S. (2000) – Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. *J. Am. Pharm. Ass.*, 40: 475-485.

53. Butterworth J.R., Banfield L.M., Iqbal T.H., et al. (2004) – Factors relating to compliance with a gluten-free diet in patients with coeliac disease: comparison of white Caucasian and South Asian patients., *Clin. Nutr.*, 23:1127-34.
54. Reid M., Clark A., Murdoch D.L., Morrison C., Capewell S., McMurray J. (2006) – Patients strategies for managing medication for chronic heart failure. *Int. J. Cardiol.* 109:66-73.
55. Claxton A.J., Cramer J., Pierce C. (2001) – A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin. Ther.*, 23:1296-310.
56. Dunbar-Jacob J., Bohachick P., Mortimer M.K., Sereika S.M., Foley S.M. (2003) – Medication adherence in persons with cardiovascular disease. *J. Cardiovasc. Nurs.* 18: 209-218.
57. Masoudi F.A., Krumholz H.M. (2003) – Polypharmacy and comorbidity in heart failure. *Br. Med. J.* 327:513-514.
58. Ammassari A., Trotta M.P., Murri R., Castelli F., Narciso P., Noto P., Vecchiet J., D'Arminio M.A., Wu A.W., Antinori A. (2002) – Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.* 31(Suppl. 3):S123-S127.
59. Cramer J.A., Mattson R.H., Prevey M.L., et al. (1989) – How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *JAMA*, 261:3273-7.
60. Iskedjian M., Einarson T.R., MacKeigan L.D., et al. (2002) – Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. *Clin. Ther.*, 24:302-16.
61. Simpson S.H., Johnson J.A., Farris K.B., Tsuyuki R.T. (2002) – Development and validation of a survey to assess barriers to drug use in patients with chronic heart failure. *Pharmacotherapy* 22:1163-1172.
62. Gislason G.H., Rasmussen J.N., Abildstrom S.Z., Schramm T.K., Hansen M.L., Buch P., Sorensen R., Folke F., Gadsboll N., Rasmussen S., Kober L., Madsen M., Torp-Pedersen C. (2007) – Persistent use of evidence-based pharmacotherapy in heart failure is associated with improved outcomes. *Circulation* 116:737-744.
63. Campbell, N.R.C., Chen, G. (2010) – Canadian efforts to prevent and control hypertension. *Can. J. Cardiol.* Aug-Sep; 26(Suppl C): 14C-17C.
64. Gascón J.J., Sánchez-Ortuño M., Llor B., Skidmore D., Saturno P.J. (2004) – Why hypertensive patients do not comply with the treatment. *Family Practice* Vol. 21, No. 2.
65. Garay-Sevilla M.E., Nava L.E., Malacara J.M., et al. (1995) – Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *J. Diabetes Complications*, 9:81-6.
66. Caro J.J., Salas M., Speckman J.L., et al. (1999) – Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *CMAJ*, 160:31-7.
67. Dusing R., Weisser B., Mengden T., et al. (1998) – Changes in antihypertensive therapy-the role of adverse effects and compliance. *Blood Press.*, 7:313-5.
68. Lucas C., Johnson W., Hamilton M.A., Fonarow G.C., Woo M.A., Flavell C.M., Creaser J.A., Stevenson L.W. (2000) – Freedom from congestion predicts good survival despite previous class IV symptoms of heart failure. *Am. Heart. J.* 140: 840-847.

69. Wild M.R., Engleman H.M., Douglas N.J., et al. (2004) – Can psychological factors help us to determine adherence to CPAP? A prospective study. *Eur. Respir. J.*, 24:461-5.
70. Wu J.R., Moser D.K., Chung M.L., Lennie T.A. (2008) – Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J. Card. Fail.* 14:603-614.
71. Rosenstock I.M., Strecher V.J., Becker M.H. (1988) – Social learning theory and the Health Belief Model. *Health. Educ. Q.*, 15:175-83.
72. Sung J.C., Nichol M.B., Venturini F. (1998) – Factors affecting patient compliance with antihyperlipidemic medications in an HMO population. *Am. J. Manag. Care.*, 4:1421-30.
73. Grant R.W., Devita N.G., Singer D.E., et al. (2003) – Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 26:1408-12.
74. Moore P.J., Sickel A.E., Malat J., et al. (2004) – Psychosocial factors in medical and psychological treatment avoidance: the role of the doctor-patient relationship. *J. Health Psychol.*, 9:421-33.
75. Gonzalez J., Williams J.W. Jr, Noel P.H., et al. (2005) – Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. *J. Am. Board Fam. Pract.*, 18:87-96.
76. Lawson V.L., Lyne P.A., Harvey J.N., et al. (2005) – Understanding why people with type 1 diabetes do not attend for specialist advice: a qualitative analysis of the views of people with insulin-dependent diabetes who do not attend diabetes clinic. *J. Health Psychol.*, 10:409-23.
77. Spikmans F.J., Brug J., Doven M.M., et al. (2003) – Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian? *J. Hum. Nutr. Diet.*, 16:151-8.
78. Neal R.D., Hussain-Gambles M., Allgar V.L. (2005) – Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Fam. Pract.*, 6:47.
79. Ellis J.J., Erickson S.R., Stevenson J.G. (2004) – Suboptimal statin adherence and discontinuation in primary and secondary prevention populations. *J. Gen. Intern. Med.*, 19:638-45.
80. Ponnusankar S., Surulivelrajan M., Anandamoorthy N. (2004) – Assessment of impact of medication counseling on patients' medication knowledge and compliance in an outpatient clinic in South India. *Patient. Educ. Couns.*, 54:55-60. Press, p. 1-6.
81. Choi-Kwon S., Kwon S.U., Kim J.S. (2005) – Compliance with risk factor modification: early-onset versus late-onset stroke patients. *Eur. Neurol.*, 54:204-11.
82. Mishra P., Hansen E.H., Sabroe S., (2005) – Socio-economic status and adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a district of Nepal. *Int. J. Tuberc. Lung. Dis.*, 9:1134-9.
83. Thomas L.K., Sargent R.G., Michels P.C., et al. (2001) – Identification of the factors associated with compliance to therapeutic diets in older adults with end stage renal disease. *J. Ren. Nutr.*, 11:80-9.
84. Saito E., Sagawa Y., Kanagawa K. (2005) – Social support as a predictor of health status among older adults living alone in Japan. *Nurs. Health Sci.*, 7:29-36.

85. Voils C.L., Steffens D.C., Flint E.P., et al. (2005) – Social support and locus of control as predictors of adherence to antidepressant medication in an elderly population. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 13:157-65.

4. Relațiile interpersonale și suportul social

Liliana Neagu

Multiple studii la care au participat pacienți cardiaci au demonstrat că lipsa de sprijin social, fie evidențiată prin numărul de legături sociale sau de calitatea relațiilor, este legată de depresie și anxietate, prognosticul, în acest caz, fiind redus. Nivelurile scăzute de suport social poate prezice inițierea bolii coronariene și mortalitatea ulterioară. **Nivelurile ridicate de suport social atenuează efectele evenimentelor cardiace.**

Izolarea socială și lipsa de suport emoțional prezic moartea după atacul de cord. Un studiu realizat de Brummett și colab. (1) a arătat că izolarea socială este un predictor puternic al mortalității cardiace. Autorii au constatat că majoritatea pacienților cardiaci au venituri mai mici, sunt marcați de ostilitate, au fost fumători și sunt izolați social, comparativ cu cei care au legături sociale solide. Cu toate acestea, dintre toate variabilele, izolarea socială a rămas un predictor robust de mortalitate; Berkman (2) revizuiind literatura de specialitate legată de lipsa de sprijin a menționat că aceasta este **corelată cu funcția sistemului imunitar deficitar**, această concluzie fiind susținută de cercetarea care a cuprins soții îndoliați și îngrijitorii de soți cu boli cronice. Autorul a subliniat că izolarea și lipsa de afiliere în grupuri sunt legate de funcția neuroendocrină afectată.

În general, suferința asociată cu problemele de singurătate și relaționale afectează inima prin trei căi fiziologice principale: excitare a simpaticului, dezechilibrul autonom care se reflectă în variabilitatea ritmului cardiac și inflamație. Desigur, relațiile sociale pot afecta sănătatea cardiovasculară ca **un rezultat al nonaderenței.**

Oamenii care nu au niciun suport, percep lipsa de sprijin sau au o calitate slabă de relaționare și, de asemenea, găsesc că este foarte dificil să respecte instrucțiunile furnizorului de servicii medicale. Persoanele care se izolează social se pot confrunta cu o varietate de bariere (de exemplu, vizita la cardiolog).

Răspunsul hormonal în cazul relațiilor pozitive a fost mai puțin studiat, dar poate reprezenta o altă cale fiziologică prin care relațiile interpersonale pot afecta sănătatea inimii. Ființele umane sunt în mod inerent sociale, conduse de instinctul de a se atașa și conecta cu alții.

Relațiile sociale pozitive sigur au efect benefic asupra inimii. Comportamentele pozitive de afiliere sunt asociate cu **reducerea activității simpatice și creșterea nivelului de oxitocină.** Oxitocina este un neuropeptid asociat cu comportamentul matern sau de atașament. Este plauzibil că riscul cardiovascular ar putea fi evitat prin prezența interacțiunilor pozitive, mai degrabă decât absența interacțiunilor ostile, negative. Deși această presupunere este speculativă, se bazează pe mai multe linii puternice de cercetare cu privire la afiliere

(primate/om). Creșteri ale comportamentului de afiliere s-au dovedit a fi asociate cu îmbunătățiri ale parametrilor fiziologici.

De exemplu, Grewen (3) a demonstrat că femeile care își îmbrățișează mai des partenerul au un nivel de oxitocină mai ridicat și înregistrează mai des scăderea tensiunii arteriale bazale. Oxitocina a fost numită „hormonul antistres” deoarece reduce tensiunea arterială și nivelul de cortizol, promovând sentimentele de încredere, eliminând frica și durerea. Relațiile satisfăcătoare s-au dovedit a avea o relație solidă cu sănătatea inimii și a longevitatea.

A. Diferențele de gen cu privire la ajutorul social

Asistența socială este importantă, atât pentru femei, cât și pentru bărbați, dar există diferențe semnificative legate de calitatea vieții femeilor care trăiesc singure în comparație cu cea a bărbaților. În general, femeile suferă mai mult decât bărbații atunci când au un mariaj disfuncțional. Potrivit lui Cayne (4), femeile aflate în dificultate au cel mai nefavorabil prognostic în ce privește bolile cardiovasculare. Similar, Gomer și colab. (5) au arătat că **stresul marital la femei cu vârsta cuprinsă între 30-65 ani a avut efecte negative și risc coronarian** la cele care au simțit un sentiment mai mic de apartenență și suport. Shelley Taylor și colab. (6) explică răspunsul diferit la dinamica suportului social prin faptul că femeile, datorită capacității de a propaga specia, mai degrabă protejează tinerii și nou-născuții, decât să lupte cu atacatorul sau să fugă, pe când bărbații reacționează prin răspunsul „luptă sau fugi”.

Alte dovezi care sugerează că răspunsul cardiovascular **se îmbunătățește substanțial la femeile care primesc vizite la domiciliu** ale asistentelor medicale au fost evidențiate de către Smith și colab. (7).

Factorii de personalitate afectează relațiile și funcționarea cardiovasculară?

Există un număr infinit de permutări în structura relațională și a calității acesteia. Unii pacienți cardiaci au o istorie bogată de asistență socială, care a dispărut odată cu vârsta (de exemplu, o văduvă care are copii ce locuiesc departe). Alții au o rețea de invidiat de prieteni și rude, dar sunt lipsiți de unele aspecte ale sprijinului funcțional – cum ar fi vizita la medic sau bani suficienți pentru medicamente. Uneori, oamenii au o rețea disponibilă de sprijin, dar nu par să beneficieze de aceste relații interpersonale. Unii autori s-au întrebat dacă factorii de personalitate joacă un rol în influențarea percepțiilor de ajutor social. În general, dovezile empirice au arătat că **trăsăturile de personalitate se corelează cu percepția de sprijin** și nu cu măsuri de sprijin funcțional (financiar, emoțional sau orientare spre activități), oferind astfel unele dovezi că factorii de personalitate sunt legați de percepțiile de sprijin. **Dominanța socială și inhibarea socială** sunt exemple de factori de personalitate care au legătură cu sănătatea inimii.

B. Dominanța socială

Oamenii care tind să fie mai **dominanți pot avea răspunsuri cardiovasculare mai intense** atunci când devin stresați. Studiile au arătat că modelul

de **comportament de tip A** este predispus la dezvoltarea bolilor cardiovasculare. Cercetătorii au arătat că subiecții de sex masculin care au un scor mare pe poziția dominantă sunt cei care au întrerupt interviul, au dat răspunsuri verbale rapide sau au încercat să controleze interviul și au avut un **risc mai mare de deces** din orice cauză în următorii 22 de ani, comparativ cu bărbații care nu au fost dominanți (8). Dominanța a fost un predictor independent de mortalitate, indiferent de cauză, chiar și după evaluările de referință ale ostilității, ale tensiunii arteriale, ale colesterolului și fumatul – inclus ca variabile concomitente în analiză. Un număr tot mai mare de studii au arătat că poziția dominantă este un factor independent de risc.

Poziția dominantă a fost, de asemenea, studiată pe animale, în special primare. O astfel de cercetare a demonstrat în mod constant că atunci când primarele masculine dominante sunt supuse la stres de reorganizări sociale repetate, ei dezvoltă ateroscleroză, comparativ cu primarele nondominante (9).

Cu toate acestea, există o diferență de sex în ceea ce privește poziția socială dominantă. Maimuțele femele subordonate, supuse stresului de reorganizare socială produc mai puțin estrogeni și dezvoltă mai mult ateroscleroză decât femelele dominante (10). Siegman și colab. (11) au sugerat că **poziția dominantă este o manifestare de agresivitate, care se deosebește de furie** (lipsa intenției de a face rău altora). Modelul primat sugerează că dominația ar fi avut un caracter adaptativ din punct de vedere evolutiv. Cu toate acestea, atunci când oamenii sunt în poziție dominantă suferă de stres (de exemplu, pierderea locului de muncă, statut subordonat forțat), ele pot fi mai predispuse la o cascadă de răspunsuri hormonale la stres care duc la ateroscleroză.

C. Inhibarea socială

Inhibarea socială ar putea fi antiteza directă de poziție dominantă și poate fi legate de sănătatea inimii.

Inhibiția socială (manifestată prin dificultăți în a face conversații cu străinii, disconfort în interacțiunile sociale și dificultăți de a se apropia de alte persoane) și *afectarea negativă* (manifestată prin iritabilitate, anxietate, îngrijorare) sunt caracteristice tipului de personalitate de tip D. Teoria personalității de tip D susține ideea că unii oameni sunt caracterizați de o tendință de a experimenta emoții negative mai des și de a evita interacțiunea socială. Tipul de personalitate D prezice evenimente cardiace pe termen lung, indiferent de nivelul de stres concurent și este asociat cu o sănătate deficitară la pacienții cu insuficiență cardiacă. Cea mai mare parte a cercetării privind tipul D aparține lui Denollet și colegilor săi (12), demonstrând totodată că persoanele cu tendințe evitante au un scor mai mic asupra percepțiilor de ajutor social.

Astfel, este plauzibil că o **predispoziție caracterologică spre inhibare socială, evitare și sensibilitate la respingere** ar putea suporta un **risc mai mare de depresie**, care la rândul său este legat de un risc mai mare privind durata de viață a bolnavilor cardiaci.

În măsura în care trăsăturile de personalitate sunt supuse intervenției psihologice, există un potențial de a îmbunătăți aceste domenii, însă trebuie să recunoaștem că ele sunt ușor de recunoscut, dar pot fi complexe și uneori dificil de tratat.

D. Implicațiile poziției terapeutului

Ruiz și colab. (13) postulează că interacțiunea complexă a dinamicii relaționale și efectele asupra sănătății inimii sunt ghidate de *principiul determinismului reciproc*, ceea ce înseamnă că oamenii se influențează reciproc în interacțiunile lor, și *principiul complementarității*, ceea ce înseamnă că există răspunsuri previzibile la interacțiunea socială, astfel încât „interacțiunile de afiliere” provoacă comportamente similare. În limbajul terapeuților dominația trage spre supunere, căldura antrenează un angajament mai mare, iar răceala produce distanțare. Uneori, poziția clinicianului poate îmbunătăți sau înrăutăți starea pacientului cu tendințe de izolare. Judith Jordan (14) a sugerat că **poziția tradițională, nonexpresivă, neutră, analitică este iatrogenă** atunci când se produce, iar pacientul se poate simți izolat și deconectat de la terapie.

Modelul postulează că **empatia reciprocă este un agent de schimbare curativ în psihoterapie**. Iată câteva idei propuse:

- oamenii își cresc durata de viață prin relații de afiliere;
- mișcarea spre reciprocitate caracterizează funcționarea matură, mai degrabă decât mișcarea spre separare;
- relațiile terapeutice să fie caracterizate de un tip special de reciprocitate;
- empatia reciprocă este un vehicul pentru schimbare în terapie;
- angajamentul real și autenticitatea terapeutică sunt necesare pentru dezvoltarea empatiei reciproce.

Jordan (14) a descris acest model de terapie relațională ca fiind vorba mai mult de reacția terapeutului și mai puțin de tehnică.

Dacă **psihoterapia pentru pacienții cardiaci aflați în dificultate este dovedită a fi benefică** în îmbunătățirea sănătății inimii, precum și a disfuncțiilor psihologice, „meciul” dintre tendințele de personalitate ale pacientului privind poziția dominantă și afilierea, precum și capacitatea terapeutului de a ajusta poziția în consecință, și totodată să fie pe deplin prezent în terapie – se poate dovedi un modelator important al efectelor cardiovasculare.

Bibliografie

1. Brummett și colab. (2001) – *Preventive Cardiology*, sub red. Dornelas, E.A., Ed. Ezra A. Amsterdam, M.D. 2005.
2. Berkman L.F. (1995) – *The role of social relation in health promotion*, Psychosom Med., Special Issue: Superhighways for Disease.
3. Grewen (2005) – *Preventive cardiology* sub red. Dornelas, E.A., Ed. Ezra A. Amsterdam, M.D., 2005.
4. Cayne N.S. (2001) – *Peri-Operative Cardiac Assessment in Noncardiac Surgery* Montefiore Medical Center – Grand Rounds, Martie.

5. Orth-Gomer K., Wamala SP., Hersten M., Schenck-Gustafsson K., Schneiderman N., Mittleman M.A., (2001) – *Stresul agravează prognosticul la femeile cu boală coronariană; Studiul de risc de la Stockholm*, dec. 20; 284(23); pp. 3008-3014.
6. Taylor S.E. et al. (2000) – *Stress, hypertension et cardiopathic ischemie*, 2000.
7. Smith G.S., Dewey S.L., Bradie J.D., Logan J., Vitkun S.A., Simkowitz P., Schioesser R., Alexoff D.A., Hurley A., Cooper T., Volkow N.D. (1997) – Serotonergic modulation of dopamine measured with [11C]raclopride and PET in normal human subject, *Am. J. Psychiatry*, 154:490-496.
8. Cates & Hecker (1992), cit. Siegman A.W., Smith T.W., in *Anger, Hostility and the Hearth*, 1994 by Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Publishers 365 Broadway.
9. Kaplan J.R., Manuck S.B. (2000) – Monkeys aggression and the pathobiology of atherosclerosis. *Aggr. Behav.*
10. Kaplan J.R., Manuck S.B. (2008) – *Status, Stress, and heart disease: a monkey's tale*, in: Kessel F., Rosenfield P., Anderson N., Editors. *Interdisciplinary Research: Case Studies from Health and Social Science*. Oxford, England: Oxford University Press; 2008, pp 74-102.
11. Siegman și colab. (2000) – Un studiu prospective de poziție dominantă și boală coronariană în studiul Aging normativ, în *American Journal of Cardiology*, 86, 145-149.
12. Denollet J. (2002) – Type D personality and vulnerability to chronic disease, impaired quality of life, and depressive symptoms, *Psychosom. Med.* 64:10.
13. Ruiz-Gutierrez V. et al. (2006) – Effects of a Mediterranean – Style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial, *Annals of Internal Medicine*.
14. Judith V. Jordan (1997) – *Women's Growth in Diversity: More Writings from the Stone Center*.

5. Psihoterapia pentru îmbunătățirea funcționării interpersonale

Liliana Neagu

La nivel bazal, eforturile de a interveni în sistemele de asistență socială pot ajuta prin remedierea deficitelor sociale, prin intervenția de a ajuta oamenii pentru a îmbunătăți capacitatea lor de a ajunge și de a comunica productiv cu ceilalți aflați deja în rețeaua lor socială sau prin asistarea unei persoane pentru a se desprinde dintr-o relație care este deosebit de distructivă.

Ne vom concentra asupra abordărilor terapeutice pentru pacienții cardiaci prin:

- a) acordarea sprijinului prin modalitățile de autoajutor;
- b) îmbunătățirea funcționării într-o relație diadică;
- c) restructurarea dinamicii familiei disfuncționale;

d) ajutor privind procesarea sentimentelor în cazul pierderii unei persoane importante;

e) să prevadă principii generale pentru a decide cu privire la modul de a combina modalitățile de terapie.

Modele de psihoterapie (cognitiv-comportamentală, interpersonală, rațional-emoțională etc.) sunt eficiente, însă în cazul persoanelor cu deficite relaționale sunt mai receptive la terapia interpersonală. Tehnicile următoare sunt adecvate pentru pacienții cardiaci cu probleme de ajutor social, dar pot fi potrivite și pentru cei care prezintă alte probleme, cum ar fi depresia, anxietatea sau incapacitatea de a-și exprima furia.

A. Terapia de grup: suport și autoajutor

Pacienții care se simt izolați în experiența lor, pot fi foarte mult ajutați de medicul care-i îndrumă să-și extindă rețeaua lor socială. Există de multe ori o serie de resurse disponibile pentru a satisface alte persoane cu boli de inimă printr-un program de reabilitare cardiacă, prin aderarea la grupurile de suport. În SUA există o largă rețea de grupuri de sprijin de autoajutor pentru pacienții cardiaci, cu parteneriate în mai mult de 400 de spitale. Voluntarii fac vizite la spital pentru pacienții cu probleme cardiace internați și vizite în ambulator pentru membrii familiei și îngrijitori. Grupurile de sprijin sunt de multe ori disponibile pentru persoanele cu stimulatoare cardiace și defibrilatoare implantabile.

Persoanele cu afecțiuni rare, care folosesc rețelele de socializare pe Internet, pot găsi o mai mare disponibilitate de grupuri de sprijin și educație prin comunitatea online. Acordarea de sprijin și educație este foarte importantă, dar grupurile de sprijin, de obicei, se încadrează în categoria „self-help” de tehnici terapeutice. Berkman (1) a sugerat că terapiile care se concentrează pe restructurare apar în mod natural, rețelele interpersonale pot avea o eficacitate mai mare decât grupurile de autoajutor.

Medicii care doresc să creeze un grup de sprijin pentru pacienții cardiaci pot beneficia de unele sfaturi de planificare pe care le vom prezenta succint.

Înainte de a întreprinde un astfel de demers, medicii ar trebui să cerceteze necesitatea, scopul și să se concentreze pe grup. Poate unul dintre cele mai dificile aspecte este decizia cu privire la pacienții incluși în grup: oricine cu boli cardiace? Numai pacienții cu anumite diagnostice? Supraviețuitorii de stop cardiac? Persoanele care au fost supuse grefei de bypass coronarian? Limitări de vârstă sau de sex?

După ce publicul țintă este determinat, ar trebui să fie identificate accentul și scopul grupului. Ar trebui să fie stabilit intervalul de timp de întâlnire (săptămânal, lunar sau trimestrial). Un grup de sprijin puternic poate lua timp pentru a deveni stabilit și este important să se întâlnească, în același timp, în același loc, folosind nume ușor de identificat pentru a stabili grupul.

Organizatorii de grup trebuie să se dezvolte, să explice și să pună în aplicare normele de grup în ceea ce privește confidențialitatea și respectul. Identificarea

unuia sau a mai multor voluntari încă de la începutul procesului poate fi de mare ajutor pentru a identifica o locație, de a înregistra informațiile de contact pentru membrii grupului și care să se ocupe de numărul mare de întrebări de la viitorii membrii (de exemplu, oferind direcții, răspunzând la întrebări).

Pe scurt, grupurile de sprijin pot fi foarte benefice, dar necesită, de asemenea, o cantitate enormă de muncă și dăruire.

B. Terapia de cuplu

Uneori partenerii suportă mai greu o spitalizare pentru probleme cardiace decât pacienții înșiși. Studiile au arătat că soții pacienților internați pentru infarct miocardic sau cu angioplastie au avut o mai mare anxietate și depresie, precum și niveluri mai scăzute de control perceput, în comparație cu pacienții înșiși. Clinicienii îi pot ajuta pe aceștia să aibă mai mult control prin furnizarea de informații curente și sprijin. Cu toate acestea, deoarece un atac de cord poate fi doar un eveniment de viață mai negativ în traiectoria unei relații, este important de a avea unele antecedente de calitate a relației înainte de evenimentul cardiac. Nu este neobișnuit ca pacienții să caute tratament pentru că atacul de cord s-a produs după ce relația lor s-a dezvoltat prin separare sau divorț. Efectul produs de o experiență aproape de moarte pe o relație deja aflată în dificultate aduce emoții intense la suprafață. Terapeutul care tratează un cuplu va întreba despre evenimentul cardiac în sine și poate evalua stilul de comunicare al cuplului. John Gottman (2) face referire la patru modele de comunicare deosebit de negative, cum ar fi:

1. Critica (de exemplu, „Nu este surprinzător că ai avut un atac de cord, întrucât tot ce faci este să fumezi”).
2. Defensiva (de exemplu, „Nu aş fuma atât de mult”).
3. Disprețul (de exemplu, „Tu nu contribui cu nimic la această familie”).
4. Blocajul (de exemplu, „Această discuție o consider încheiată, nu mai am nimic de spus”).

Deși toate aceste modele se regăsesc în timp și în relațiile sănătoase, este de reținut escaladarea acestor modele toxice asociate cu lipsa de interacțiune pozitivă care semnalează necesitatea unei intervenții relaționale. În special, o creștere a atitudinii disprețuitoare este un semnal că în relație se instalează răceala sau dominanța, provocând un comportament de supunere sau răceală din partea celuilalt soț.

Tratamentul principal este axarea pe consolidarea capacității fiecărui partener de a empatiza cu emoțiile celuilalt, încurajarea comunicării pozitive și de susținere.

1. Terapia rațional-emoțională pentru cupluri

Acest model de terapie se axează pe defectele de atașament ale cuplului ca fiind cauza conflictelor și presupune că expresia afectivă poate îmbunătăți modelul de atașament în cuplu. Obiectivul acestui tip de terapie include crearea unui atașament mai sigur între parteneri, îmbunătățirea calității prin tonul emoțional și frecvența de comunicare, precum și modificarea modelelor disfuncționale, astfel încât să crească intimitatea și satisfacția relației. Relațiile aflate în dificultate

sunt cele caracterizate de o slabă calitate în legătură cu comportamentele de retragere sau dependență de partener.

Modelul DSC propune ca tratamentul să aibă loc în trei etape:

1. dezamorsarea unui model relațional încărcat negativ;
2. schimbarea/modificarea modelelor relaționale;
3. consolidarea și integrarea noilor modele de comunicare pozitive în grup.

Fiecare etapă a acestui model de terapie cuprinde mai multe aspecte:

Dezamorsarea constă în: a) evaluarea problemelor de bază și a conflictelor cu ajutorul unui cadru de atașament; b) identificarea modelelor cu probleme de atașament; c) creșterea gradului de conștientizare care stă la baza sau emoții nerecunoscute, și d) abținerea de la limbajul conflictual și utilizarea limbajului de atașament.

Schimbarea cuprinde etapele de: a) a ajuta un pacient să recunoască aspecte neconfirmate de sine (de exemplu, teama de dependență), astfel că acele părți importante ale dezvoltării persoanei pot fi aduse în relație; b) aprofundarea experienței (de exemplu, creșterea nivelului de intimitate prin acceptare și îmbunătățire a încrederii în legătura relațională, și c) dezvoltarea capacității de a-și exprima într-un mod adaptativ dorințele și emoțiile.

Ultima etapă de **consolidare și integrare** subliniază: a) explorarea de noi soluții pentru conflictele relaționale vechi și b) consolidarea modelelor de atașament noi.

Cuplurile cu stiluri de atașament mai puțin sigure sunt considerate a fi mai puțin rezistente în fața traumei determinate de un eveniment cardiac.

2. Funcționarea sexuală

Funcționarea sexuală este o preocupare comună a pacienților cardiaci care de multe ori rămâne nesoluționată de către profesioniștii de îngrijire a sănătății. Ea poate fi dificilă pentru terapeuți în a determina dacă disfuncția sexuală este un rezultat al factorilor psihologici, al bolii de inimă sau efectul secundar al unor medicamente sau al altor factori. Printre persoanele care au fost active sexual înainte de infarctul miocardic, aproximativ jumătate își reiau activitatea în termen de o lună, dar un număr semnificativ nu-și reiau activitatea (3). Schwarz și colab. (4) subliniază că jumătate dintre pacienții cu insuficiență cardiacă au niveluri scăzute de satisfacție sexuală, mulți dintre ei și soții lor temându-se de moarte în timp ce fac sex. Este reconfortant că din numărul total de decese subite de cauză cardiacă, mai puțin de 1% apar în timpul actului sexual. Ritmul cardiac crescut în timpul actului sexual poate fi similar cu ritmul cardiac din timpul altor activități de zi cu zi normală.

Acest tip de informații concrete pot fi de ajutor pentru pacienții cardiaci. Persoanele cu hipertensiune arterială necontrolată, angină pectorală instabilă, aritmii cu risc ridicat și forme severe de boală sunt considerate a fi în categoria cu risc înalt, iar acești pacienți trebuie să se consulte cu cardiologul lor cu privire la siguranța activității sexuale.

C. Strategii pentru lucrul cu pacienții dominanți

Nu există suficiente dovezi empirice pentru a traduce literatura de specialitate privind poziția dominantă în practica clinică, dar oamenii care tind să controleze procesul de vindecare obțin o îmbunătățire a calității vieții și a relațiilor atunci când se relaxează căile lor de control.

Terapeutul poate ajuta pacientul care dorește să dețină controlul prin consolidarea capacităților afective:

- imposibilitatea de a avea încredere în ceilalți;
- incapacitatea de a cere ajutor sau sprijin de la alții, conducând astfel la îngrijire excesivă sau sentimente cronice de autocompătimire sau de singurătate;
- lipsă de încredere în sine sau compasiune pentru eșecurile lor;
- dorința de control manifestată ca un mecanism de apărare împotriva furiei altora, încercarea de a forța mai degrabă decât de a negocia;
- dorința de control pentru a putea bloca durerea;
- prin control pot ține oamenii la distanță în cazul în care există disconfort de apropiere.

Pentru mulți oameni relația cu terapeutul ar putea reprezenta una dintre primele oportunități de a lua o decizie, de a se angaja într-un parteneriat adevărat.

Când pacienții încearcă să preia controlul, vor fi abordați într-o manieră directă, dar prietenoasă, neagresivă, cum ar fi „Când te porți așa (exemplu), se pare că încerci să preiei controlul”, „Înțelegi ce vreau să spun?” – fiind nevoie de mai multe exemple repetate pentru a face o persoană să-și recunoască eforturile de a controla pe ceilalți.

Mulți pacienți cardiaci vor vedea mai ușor obiceiurile lor de control și vor înțelege că stresul legat de acest obicei face ravagii cu sănătatea inimii lor. Unii oameni cu tendințe obsesive sau perfecționiste vor încerca să-i facă pe alții să fie de acord cu convingerile lor rigide cu privire la modul corect de acțiune, fiind dificil de a dezvolta strategii terapeutice rapide. Cu toate acestea, când pacientul percepe dorința de control ca fiind o problemă, atunci poate exista loc pentru îmbunătățirea modului de raportare la sine și la ceilalți.

Încercările de a controla nu sunt neapărat legate de furie, ele pot fi asociate cu un factor inhibitor, cum ar fi frica sau rușinea (judecățile percepute ale altora). Dorința de a ține totul sub control este de multe ori o modalitate de a face față anxietății (de exemplu, lucrurile se vor prăbuși la locul de muncă sau acasă, fără eforturi susținute de a-i controla pe ceilalți).

* * *

Pacienții cu probleme de relație sau deficite de sprijin ar putea fi tratați prin oricare dintre diferitele modalități de terapie descrise, însă întrebarea este dacă aceste terapii să fie concomitente sau succesive. Pacienții cu afecțiuni cardiace și conflict marital pot beneficia de o abordare secvențială de terapie.

Medicii ar trebui să fie suficient de familiarizați cu privire la modalitatea de a utiliza aceste moduri diferite de ajutor, acest câmp fiind larg deschis pentru dezvoltarea de noi opțiuni de tratament psihoterapeutic.

Bibliografie

1. Berkman LF, (1995) – The role of social relation in health promotion, *Psychosom. Med.* – Special Issue: Superhighways for Disease.
2. Gottman J.M. (2002) – A multidimensional Approach to Couples, în F. Kaslow and T. Patterson(Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy*, vol.2, Cognitive-behavioral approaches.
3. Herman A., Taylor J.R. (1999) – *Sexual activity and the cardiovascular patient guidelines*, în *The American Journal of Cardiology*, vol. 84, Issue 5, Supplement 2, sept.
4. Schwarz E.R., Kaper V., Rastogi S., Gupta R., Rosania S. (2008) – The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunctions in women and man with cronic heart failure, *Int. J. Impot.*

CAPITOLUL 7

RELAȚIA INTERPERSONALĂ

MEDIC CARDIOLOG–PACIENT CARDIAC

I. Statutul socioprofesional al medicului cardiolog

Anisia Popa

Motto:

„Pentru ca pasărea Phoenix să renască din scrum, trebuie să cunoască durerea și să transforme focul ei într-o dorință arzătoare.” (Mark Gorkin)

Statutul social reprezintă poziția ocupată de o persoană sau un grup de persoane în societate. Oricărei persoane îi este asociat un set de statute, proprii acesteia. Un rol primordial în conturarea statutului social al unei persoane îl are statutul cultural, profesional și cel economic.

Statutul profesional este compus din:

- statutul formal – organizarea ierarhică într-o instituție;
- statutul informal – obținut în acord cu caracteristicile specifice persoanei, se referă la prestigiul acordat indivizilor pe baza unor trăsături personale și a unei pregătiri corespunzătoare.

Fiecărei poziții îi corespund anumite funcții, drepturi și îndatoriri specifice, modele comportamentale considerate dezirabile.

1. Statutul social al medicului cardiolog

O poziție distinctă în ierarhia categoriilor profesionale a dobândit-o profesia de medic ca urmare a încadrării medicinei în rândul științelor. De-a lungul timpului prestigiul profesiei medicale a crescut și, implicit, statutul de medic se situează pe primele locuri în ierarhia profesiilor.

Încă de la începutul activităților de practică în slujba sănătății, Homer afirma (sec. al VIII-lea î.Hr.), în Iliada: „Face cât mai mulți un om care vindecă oameni; taie din răni săgeți și cu leacuri alină durerea.”

Prin scopul și pregătirea sa, profesia de medic este una vocațională. În exercițiul profesiei, medicul este decidentul în alegerea protocolului terapeutic cel mai potrivit. „Rolul social al medicului se corelează cu rolul de bolnav al persoanei civile” (1).

În medicină, principiile și normele etice se aplică mai riguros, datorită și respectarea limitelor devenind un element primordial pentru profesie. Există credința că medicii ar trebui să depună eforturi supraomenești în exercitarea profesiei. Din punct de vedere etic, însă, există limite în ceea ce privește actul medical, ca o consecință a limitelor capacității omenești. După cum spunea Marc Aureliu „Să avem seninătatea de a accepta ceea ce nu poate fi schimbat, curajul de a schimba ceea ce poate fi schimbat și mai ales înțelepciunea pentru a face deosebirea între cele două posibilități”. Chiar și când medicul își face datoria se poate înregistra un eșec, ca o consecință firească a condiției umane.

Din această perspectivă, medicii sunt cei care elaborează codul deontologic al profesiei lor, își creează propriile organizații și sunt cei care stabilesc disciplinele și conținuturile în procesul învățământului de specialitate. Valorile care guvernează această profesie sunt, cu precădere, cunoașterea, puterea de sacrificiu și devotamentul.

2. Profesia de medic cardiolog

Dezvoltarea explozivă a domeniului medical a condus la desprinderea mai multor ramuri (specialități), medicina primară (de familie) continuând să fie primul contact al pacienților cu serviciile de sănătate (îngrijire) indiferent de natura problemelor.

Cardiologul este medicul cu pregătire specială și cu calificare în depistarea, tratarea și prevenirea bolilor de inimă și ale vaselor de sânge. Formarea lui profesională presupune o pregătire teoretică și practică realizată pe o perioadă de mai mulți ani, prin pregătirea de bază, și continuată apoi, periodic, pe toată durata practică profesiei. Aptitudinile și disponibilitatea fizică, intelectuală și afectivă sunt atribute necesare în deciziile privind proceduri, scheme de tratament, momentul și/sau durata optimă de intervenție etc.

Patologia cardiacă include boli care afectează structuri și funcții ale inimii. Riscul major al acestor pacienți este acela de a dezvolta aritmii sau moarte subită. Riscul vital este cvasipermanent, medicul cardiolog fiind cel care monitorizează bolnavii prin investigații periodice și ajustarea medicației de întreținere pentru cei cronici. Această responsabilitate creează o presiune foarte mare din punct de vedere psihologic, dar și fizic, prin solicitările frecvente și de durată.

Medicul cardiolog, implicat în îngrijirea unor pacienți cu probleme grave, trăiește emoții puternice provocate de condiția sa socioprofesională, emoții care deseori sunt negate sau reprimite, pentru a-și putea continua munca. Starea emoțională afectează și decizia medicilor care se află într-un impas atunci când trebuie să comunice pacienților vești rele, din cauza disconfortului emoțional care apare în această situație sau al credinței greșite cum că aceștia ar fi indiferenți (2).

Prin menirea sa, medicul își asumă o responsabilitate ce poate fi uneori copleșitoare: actul medical și uneori rapiditatea cu care este nevoit să ia o decizie și/sau să acționeze face uneori diferența dintre viață și moarte.

Această responsabilitate poate induce o stare emoțională intensă, firească, oricărui om, dar pe care medicul cardiolog este nevoit să o țină sub control, asigurând astfel corectitudinea și eficiența intervenției. Această capacitate este învățată și dezvoltată încă din perioada de pregătire profesională.

3. Stresul profesional

Bogathy spunea referindu-se la stresul profesional că: „Din multitudinea de factori legați de activitatea profesională care pot da naștere stresului, putem distinge cinci categorii: intrinseci muncii desfășurate, legați de rolul angajatului în cadrul organizației, vizând relațiile la locul de muncă, vizând dezvoltarea carierei, legați de structura și climatul organizațional“ (3).

Stresul reprezintă un dezechilibru perceput subiectiv între cerințele organismului și capacitatea sa de răspuns. Emoțiile, ca răspuns la agenții stresori, oferă informații privind eforturile de adaptare ale persoanei. Acestea pot fi: anxietatea, bucuria, depresia, rușinea, invidia, speranța, furia etc.

Stresul cronic produce consecințe în trei planuri:

- fizic – ca răspuns al organismului la agenții stresori, prin apariția diverselor boli;
- psihologic – prin perceperea unei stări de efort de adaptare (discrepanța între solicitare și capacitatea proprie de răspuns);
- comportamental (social) prin acțiunea agenților stresori din mediu (1 și colab.).

Stresul ocupațional apare în legătură cu activitatea profesională. Efectele sale se manifestă atât în sfera profesională, dar și în viața personală și sănătate. De asemenea, efectele sale se manifestă atât în cazul persoanei care receptează situația stresantă, dar și la nivelul organizației sau al beneficiarilor.

Pentru medicul cardiolog, stresul rezultă din interacțiunea cu pacienții, a căror patologie este mult influențată de trăirile lor afective. Aceștia solicită frecvent consultul specialistului, știut fiind că simptomatologia lor este fluctuantă și după cum starea lor afectivă se modifică. Alți factori solicitanți sunt: situațiile de urgență, solicitările aparținătorilor bolnavilor, rezolvarea problemelor administrative specifice, problemele interpersonale etc.

4. Sindromul *burn-out*

Burn-out-ul este un sindrom cu simptome fizice, emoționale și cognitive trăite de angajatul care este incapabil să se adapteze eficient la stresul determinat de constrângerile impuse de obiectivele muncii sale. Medicii care sunt expuși la trăiri emoționale mai puternice pot dezvoltă o serie de simptome de stres care ne-tratate, vor duce la *burn-out*. Sindromul de epuizare profesională este încadrat teoretic de către psihologul Christina Maslach, ca fenomenul *burn-out* (a arde

puternic, a exploda) și descris ca fiind o pierdere a interesului pentru problemele oamenilor, o lipsă a emoției, a empatiei, care conduce la cinism și percepția dezumanizată a oamenilor. Acest lucru se întâlnește mai ales la cei care lucrează în secția de terapie intensivă, la ambulanță, în secția de cardiologie, în secția de oncologie. Sindromul de epuizare constituie faza finală a dezadaptării cauzată de un dezechilibru îndelungat între cerințe și resurse (4).

Maslach și Jackson (1986) identifică trei dimensiuni ale sindromului *burn-out*:

- depersonalizarea;
- reducerea realizărilor personale;
- epuizarea emoțională (4 și colab.).

Prin specificul ei, profesia de medic presupune preocuparea pentru îndeplinirea sarcinilor și a responsabilităților, cu consecințe asupra sănătății și a vieții pacienților. Când timpul și energia necesare pentru a realiza sarcinile afectează viața personală, apare frustrarea care favorizează apariția sindromului de epuizare. Pentru medic este frustrant să se afle în relația medic-pacient, fundamentată pe consimțământul informat, uneori chiar neputincios în fața unor preconcepții, temeri sau convingeri ale pacientului, ori insuflate acestuia, de terți. Alteori, concentrarea asupra problemelor pacientului și volumul mare de muncă pot duce la neglijarea propriei persoane. Consecințele pot fi adoptarea unor comportamente autodistructive în alimentație, comportament adictiv, lipsa activităților de relaxare, lipsa altor preocupări în afara medicinei, neglijarea vieții personale.

În situație de stres, simptomele sunt evidente, identificabile. În *burn-out* simptomele oboselii cronice în primele faze sunt aproape imperceptibile. Când simptomele devin evidente, afecțiunea este deja mult mai greu de tratat. Cauzele și simptomele *burn-out*-ului depind de contextul specific al producerii lor. Ele diferă de la persoană la persoană, iar intervenția terapeutică poate opri cercul vicios alcătuit din elementele cauzei și ale efectului (5).

Fiecare specialitate medicală are stresul și cerințele sale specifice. Alegerea unei specialități nepotrivite poate duce la o profundă insatisfacție și la o slabă competență în practica medicală. *Burn-out*-ul poate afecta nu numai performanța în muncă, ci poate deveni un stil de viață, afectând întreaga existență a medicului.

Descoperit la timp și tratat, sindromul *burn-out* asigură un procent ridicat de vindecare.

Medicii sunt supuși frecvent unor probleme ce le induc nesiguranță și probleme de etică. Pentru a gestiona eficient emoțiile și a menține un nivel adecvat al stresului, se recomandă adoptarea unor strategii de *coping*.

Bibliografie

1. Cosman D. (2010) – *Psihologie medicală*, Editura Polirom, Iași.
2. Athanasiu A. (1998) – *Tratat de psihologie medicală*, Editura Oscar Print, București.
3. Boghaty Z. (2004) – *Manual de psihologia muncii și organizațională*, Ed. Polirom, Iași, 2004.
4. Maslach & Jackson (1981), Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. – Job burn-out; *Annual Review of Psychology*, 2001, (52): 397-422.

5. Zlate M. (2007) – *Tratat de psihologie organizațional-managerială*, Editura Polirom, Iași.

II. Relația medic-pacient

Liliana Veronica Diaconescu

1. Elemente de statut și rol social ale medicului și ale pacientului

Pornind de la perspectiva în care boala este considerată o formă de deviație socială, Parsons (1) a descris relația medic-pacient în funcție de rolurile sociale ale acestora, roluri considerate complementare și în măsură să influențeze interacțiunea între cei doi poli ai relației în procesul vindecării.

Elementele de statut și rol social ale pacientului (1, 2) sunt reprezentate de:

- reducerea sau scutirea de responsabilități (obligații și sarcini profesionale, familiale, sociale), în funcție de natura și severitatea bolii;
- nevoia de îngrijiri medicale furnizate de personal specializat;
- dorința de însănătoșire, considerând boala ca fiind indezirabilă;
- obligația de a solicita ajutor competent și de a colabora cu personalul medico-sanitar.

Rolul social de bolnav este considerat ca fiind *universal* (obligațiile și așteptările derivate din acesta se aplică tuturor persoanelor bolnave, indiferent de vârstă, sex, apartenență etnică, statut socioprofesional), *deviant legitimat* (boala este o stare de incapacitate legitimată de medic) și *temporar* (până la recuperarea și refacerea după boală), cu excepția bolilor cronice, invalidante care afectează funcționarea în plan biologic și social a persoanei respective (2, 3, 4, 5).

Elementele de statut și rol social ale medicului (1) se referă la:

- competență tehnică și calificare în domeniul medical (pregătire profesională, titlul de medic, respectarea normelor profesionale);
- universalism (să trateze în mod egal toți pacienții, indiferent de sex, apartenență etnică, poziție socială, religie, nivel economic);
- specificitate funcțională (dreptul asupra intimității fizice și psihice a unui bolnav, în limitele ariei de competență și cu respectarea confidențialității; autonomie în practica profesională);
- neutralitate afectivă (neimplicare emoțională și atitudine obiectivă față de pacient);
- altruism (să acționeze în interesul pacientului și al comunității și mai puțin pentru propriul interes).

Rolurile sociale prezentate, precum și așteptările generate de acestea, determină comportamentul și interacțiunile din cadrul relației medic-pacient, în demersurile efectuate în vederea obținerii vindecării și a restabilirii stării de sănătate, nu numai din punct de vedere medical (biologic), ci și social, cu reluarea atribuțiilor socio-familiale și profesionale.

Deși acțiunile medicului, cât și ale pacientului sunt orientate către același scop (redobândirea sănătății), există uneori situații conflictuale sau tensionate (6) ce pot fi generate de aspecte precum:

- divergențe privind valorile morale sau religioase (de exemplu, referitoare la avort, homosexualitate);
- atribuțiile medicilor de a apăra, în același timp, atât interesele pacientului, cât și interesele statului sau ale populației (de exemplu, în legitimarea rolului de bolnav ce poate presupune întreruperea activității profesionale, în bolile transmisibile, în bolile ce pot afecta comportamentul individului – epilepsie – și pot pune în pericol siguranța altor persoane);
- necesitatea raționalizării resurselor medicale (medicație, acces la investigații sau tratamente specifice costisitoare precum transplantul de organe) și de personal;
- dileme privind păstrarea confidențialității (de exemplu, față de partenerul-soțul/soția unei persoane diagnosticate cu infecție cu HIV).

2. Tipuri de relații medic-pacient

Relația medic-pacient este importantă atât din perspectivă medicală (a rezultatelor obținute în urma tratamentului și a însănătoșirii bolnavului), cât și din perspectiva aspectelor psihosociale și comportamentale implicate în interacțiunea interpersonală.

După Morgan (6), există diferite tipuri de relații ce derivă din diferențele de relativă putere și control exercitate de către medici și pacienți sau din conflictele de rol dintre aceștia.

Clasic, relația medic-pacient era asimetrică, de tip paternalist, în care medicul are rolul dominant, având un grad mare de control, deciziile sale privind intervențiile în scop diagnostic și terapeutic fiind luate unilateral, în timp ce pacientul are un rol pasiv, de a cere ajutor, se subordonează medicului, lăsându-se total în grija acestuia și neimplicându-se în luarea deciziilor cu privire la propriul tratament (5).

În ultimii ani, relația medic-pacient s-a modificat, în sensul adoptării de către pacient a unui rol activ și colaborativ, cu un grad mai ridicat de autonomie și control, cu creșterea responsabilității propriului tratament (7, 8), relația bazându-se pe încredere reciprocă (3, 5). **O relație de reciprocitate** presupune că medicul și pacientul sunt parteneri egali în relație, în care medicul aduce cunoștințele și abilitățile profesionale în vederea stabilirii diagnosticului și a opțiunilor terapeutice, iar pacientul aduce propriile experiențe, cunoștințe și explicații privind boala, precum și circumstanțele sociale sau comportamentale (9, 10).

Există situații în care se poate vorbi despre o **relație „de consum”** în care relațiile de putere sunt inversate: pacientul are rol activ, iar medicul un rol pasiv, de a răspunde solicitărilor pacientului (de exemplu, pentru un bilet de trimitere, o scrisoare medicală) (6).

O **relație „absentă”, de nerespectare a obligațiilor**, poate apărea când pacientul continuă să aibă o atitudine neparticipativă sau pasivă chiar și în situația

în care medicul reduce gradul de control, iar relația sau consultațiile capătă un caracter non-directiv.

Tipurile de relații sunt influențate de boală (natura bolii, caracterul acut sau cronic, existența unei situații de urgență, etapa/momentul evolutiv), **de vârsta pacientului, de așteptările medicului, respectiv ale pacientului, de contextul consultației.**

O altă clasificare a relațiilor medic-pacient ține cont de modul în care decurge consultația medicală. Se disting două modalități: consultație „centrată pe medic” și consultație „centrată pe pacient” (11). **Consultația centrată pe medic** se suprapune în mare măsură pe modelul clasic de relație asimetrică, de tip paternalist, în care medicul pune accent pe aspectele fizice ale bolii și strict pe informațiile utile în vederea diagnosticării, limitând posibilitățile pacienților de a-și exprima convingerile și preocupările. **În cadrul consultației centrate pe pacient, medicul încurajează atitudinea activă și participativă a pacientului, facilitează exteriorizarea grijilor și a emoțiilor acestuia și poate stabili un eventual context psihosocial al bolii.** Aspectele esențiale ale consultației centrate pe pacient (12, 13, 14) sunt:

- abordarea biopsihosocială a pacientului, nu numai a aspectelor strict medicale, ci și a nevoilor emoționale, a aspectelor de viață, a experienței individuale a bolii;
- realizarea unei reale alianțe terapeutice între medic și pacient;
- participarea și responsabilizarea reciprocă a pacientului și a medicului în gestionarea bolii și a tratamentului;
- existența unui consens între medic și pacient în privința tratamentului;
- îmbunătățirea continuă a relației medic-pacient.

Din aceste tipuri de relații derivă **diferite modele în ceea ce privește luarea deciziilor referitoare la tratament** (15). În cazul relației de tip paternalist responsabilitatea tratamentului revine medicului, pacientul trebuie doar să respecte recomandările. În cazul unei relații de reciprocitate, atât medicul cât și pacientul împărtășesc informații, contribuie la realizarea unui consens cu privire la tratament, iar deciziile terapeutice se iau de comun acord.

Charles și colaboratorii (15) descriu și un al treilea model: **modelul informat**, care presupune un parteneriat între medic și pacient, în care medicul are rolul de a furniza informațiile cu privire la tratament, decizia terapeutică aparținând ulterior pacientului.

Acest model este posibil datorită faptului că pacienții au mai multe cunoștințe medicale, sunt mai informați și mai dispuși să își asume responsabilitatea propriului tratament. Este un model aplicabil mai ales în cazul bolilor cronice, care implică o relație medic-pacient pe termen mai lung, cu monitorizarea pacientului, controale periodice, ajustarea tratamentului și asumarea constantă/înelungată a responsabilității pacientului cu creșterea capacității de control asupra bolii și a complianței terapeutice.

3. Comunicarea medic-pacient

În vederea stabilirii unei bune relații cu pacientul sunt necesare și importante abilitățile de comunicare ale medicului din punct de vedere al conținutului și al procesului (6). **Conținutul comunicării** se referă la anamneză, întrebările formulate și informațiile obținute de către medic (referitoare la boala propriu-zisă, dar și la reprezentările pacientului legate de boală) și informațiile furnizate pacientului în legătură cu tratamentul. **Procesul comunicării** (modalitatea de comunicare) se referă la aspecte precum comportament verbal și nonverbal, ascultarea activă a pacientului, modul de stabilire și dezvoltare a relației cu pacientul.

Etapele unei comunicări eficiente în timpul consultației sunt (16):

- începerea consultației (inițierea convorbirii și identificarea motivelor pentru consultație);
- colectarea de informații (identificarea problemei, înțelegerea perspectivei pacientului);
- construirea și dezvoltarea relației cu pacientul și implicarea activă a acestuia;
- furnizarea de informații adecvate (din punct de vedere cantitativ) și elaborarea unui plan terapeutic;
- încheierea consultației.

Atitudinea empatică și respectul medicului față de pacient, comunicarea eficientă, abilitatea de a obține informații despre boală și de a furniza informații despre tratament, obținerea încrederii pacientului sunt aspecte semnificative care au ca efecte: creșterea complianței terapeutice, un grad ridicat de satisfacție atât a pacienților cât și a medicilor, reducerea distress-ului emoțional al pacienților, un mai bun control al tratamentului în bolile cronice (17, 18, 19, 20, 21).

Comunicarea centrată pe pacient este asociată cu mai puțin disconfort, mai puține preocupări și o mai bună sănătate mintală (22). Comunicarea medicală (și îmbunătățirea, prin cursuri specifice de formare, a abilităților de comunicare ale medicilor) are **drept efect optimizarea aderenței la tratament** (23), cu ameliorarea stării de sănătate (24).

Pe parcursul consultației medicale este important gradul de satisfacție atât al medicului, cât și al pacientului în ceea ce privește interacțiunea propriu-zisă și rezultatele acesteia evidențiate în principal prin efectele favorabile asupra evoluției bolii. **Atmosfera generală din timpul consultației** (caldă, prietenoasă, care să inspire încredere), modalitatea de realizare a anamnezei cu încurajarea pacientului de a dezvălui probleme de sănătate și de a-și exprima preocupările, emoțiile legate de acestea, abilitățile interpersonale și competența profesională ale medicului, **capacitatea de a comunica eficient (adaptat nivelului de înțelegere a pacientului) și de a asculta atent și activ plângerile acestuia**, sunt elemente esențiale care contribuie la satisfacția pacientului și care se traduc prin creșterea complianței la tratament cu rezultate benefice în ceea ce privește recuperarea stării de sănătate. În același timp, sentimentele de satisfacție ale medicului sunt produse de capacitatea de a interpreta simptomele, de a pune diagnosticul corect, de a recomanda tratamentul potrivit și **il protejează pe acesta împotriva epuizării emoționale sau a sindromului burn-out**.

4. Aspecte importante în relația medic-pacient

În vederea optimizării actului medical, interacțiunea medic-pacient (5, 25) presupune aspecte precum:

- ascultarea activă cu încurajarea pacientului să relateze despre istoricul bolii și întrebări deschise în timpul anamnezei;
- comunicare nonverbală, congruentă cu cea verbală, capabilă să asigure un climat de siguranță și încredere; sunt importante menținerea contactului vizual și perioadele oportune de tăcere;
- capacitatea de a empatiza cu pacientul, de a-i înțelege suferința, durerea, emoțiile, grijile;
- educarea pacienților prin furnizarea unor informații în concordanță cu nevoile și interesele acestora;
- identificarea preocupărilor și a îngrijorărilor pacientului poate oferi confort și siguranță pacientului;
- stabilirea de comun acord a unui plan terapeutic în funcție de natura bolii, dar luând în considerare și aspecte precum stilul de viață, experiențele personale, contextul sociofamiliar;
- asumarea responsabilității de către pacient cu conștientizarea rolului său activ în gestionarea bolii și a tratamentului;
- stabilirea unor limite în privința unor solicitări exagerate sau nerealiste ale pacienților (accesibilitatea medicului în afara orelor de program, apelarea telefonică frecventă, cereri privind anumite medicamente).

Analizând relația medic-pacient, Ridd și colaboratorii (26) consideră ca fiind esențiali:

1) factorii implicați în dezvoltarea și menținerea relației, care sunt reprezentați de:

- asistența medicală longitudinală care se referă la a fi consultat de același medic, de preferat la alegerea pacientului (27), fiind mai important caracterul regulat al consultațiilor decât frecvența acestora (28);
- experiențele pacienților în timpul consultațiilor, mai ales dacă medicul corespunde așteptărilor acestora din punct de vedere al competenței profesionale. Sunt apreciați medicii care știu să asculte ceea ce spune pacientul, sunt interesați de problemele acestuia, furnizează explicații clare, implică pacientul în deciziile terapeutice (27, 29), fără a fi sub presiunea timpului (30).

2) factorii care asigură desfășurarea și profunzimea relației, și anume:

- măsura în care medicul este cunoscut de pacient (îi este familiar și deci îi este mai ușor să relaționeze cu acesta);
- măsura în care medicul îl cunoaște și îl înțelege pe pacient (este familiarizat cu boala sa, poate să identifice rapid evoluția bolii, îi cunoaște problemele nu numai medicale, dar și pe cele de ordin psihologic și sociofamiliar). În aceste condiții, pe de o parte pacientul nu este nevoit să repete toate informațiile ca atunci când ar fi consultat de un nou medic, iar pe de altă parte, medicul curant poate dezvolta o mai bună atitudine empatică (31, 32);

- încredere în medic, în competența sa profesională, în onestitatea și capacitatea sa de a înțelege pacientul;
- loialitatea medicului (apreciată mai ales în cazul unei afecțiuni cronice) (27, 32) și loialitatea pacientului (care tolerează și aspectele mai puțin satisfăcătoare sau păstrează o relație bună cu medicul în pofida unor nemulțumiri trecătoare privind unele modalități diagnostice sau terapeutice) (27);
- considerația, respectul, grija medicului pentru pacient, abordat din perspectivă nu numai medicală, ci și psihosocială.

Asistența medicală se constituie într-un mediu de mare complexitate generată de multiple aspecte precum: posibilități variate de investigații și tratament, acces facil și rapid la informații medicale via internet și reviste de popularizare, prezentarea (incompletă sau eronată) în mass-media a unor situații de malpraxis cu erodarea încrederii pacienților în medici. În astfel de circumstanțe, relația medicului cu pacientul său reprezintă un factor cu certe implicații asupra aderenței la tratament, a evoluției bolii și a gradului de satisfacție atât pentru pacient, cât și pentru medic.

Bibliografie

1. Parsons T. (1951) – *The social system*. Free Press, Glencoe, IL.
2. Iamandescu I.B. (1997) – *Psihologie Medicală*, Editura Infomedica, București.
3. Lupu I., Zanc I. (1999) – *Sociologie Medicală – Teorie și aplicații*, Editura Polirom, Iași.
4. Rădulescu S.M. (2002) – *Sociologia sănătății și a bolii*, Editura Nemira, București; 10.3399/bjgp09X420248.
5. Diaconescu L., Popa-Velea O. (2006) – Relația medic-pacient, în O. Popa-Velea (sub red), L. Diaconescu, I. Necula Cioca, *Psihologie Medicală*, Editura Universitară „Carol Davila”, București.
6. Morgan M. (2008) – The doctor-patient relationship, în G. Scambler (Ed.), *Sociology as applied to medicine*, 6th edition, Edinburgh; New York: Saunders/Elsevier.
7. Caress A., Beaver K., Luker K.A., Campbell M.G., Woodcock A.A. (2005) – Involvement in treatment decisions: what do adults with asthma want and what do they get? Results of a cross sectional survey. *Thorax*, 60 (3), 199-205.
8. Arbuthnott A., Sharpe D. (2009) – The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. *Science Direct*. 77(1), 60-67; http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6TBC-4W4BMHH-1&_user=582538&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000029718&_version=1&_urlVersion=0&_userid=582538&md5=d8dc11fb610270c24d38aa12a1fd2a01.
9. Partridge M.R., Hill, S.R. (2000) – Enhancing care for people with asthma: the role of communication, education, training and self-management. *European Respiratory Journal*, 16, 333-348.
10. Gibson P.G., Powell H., Coughlan J., Wilson A.J., Abramson M., Haywood P., Bauman A., Hensley M.J., Walters E.H. (2003) – Self-management education and

regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Systematic Rev.*, 1: CD001117.

11. Byrne P.S., Long B.L. (1976) – *Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries*, H.M. Stationery Office, London.

12. Mead N., Bower P. (2000) – Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature, *Social Science and Medicine*, 51:1087-1010.

13. Stewart M. (2001) – Towards a global definition of patient centred care, *British Medical Journal*, 322 (7284), 444-445.

14. Stevenson F.A., Barry C.A., Britten N., Barber N., Bradley C.P. (2000) – Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making, *Social Science & Medicine*, 50 (6), 829-840;

15. Charles C., Whelan T., Gafni A. (1999) – What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal*, 319:780-782.

16. Silverman J., Kurtz S., Draper J. (1998) – *Skills for communicating with patients*. Radcliffe Press, Oxford.

17. DiMatteo M.R. (1994) – Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA*, 271: 79-83.

18. Roter D., Hall J., Kern D.E., Barker L., Cole K., Roca R.P. (1995) – Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress: a randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1877-1884.

19. Safran D., Taira D. et al. (1998) – Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice*, 47: 213-220.

20. Jackson, J.L., Chamberlin, J., Kroenke, K. (2001) – Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 52: 609-20.

21. Lewin S., Skea Z., Entwistle V., Zwarenstein M., Dick J. (2002) – Interventions for providers to promote a patient-centred approach to clinical consultations. The Cochrane Library; 2.

22. Stewart M., Brown J.B., Donner A., McWhinney I.R., Oates J., Weston W.W., et al. (2000) – The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49:796-804.

23. Zolneirek K.B., DiMatteo M.R. (2009) – Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47:826-834.

24. Cegala D.J., Marinelli T., Post D. (2000) – The effects of patient communication skills training on compliance. *Archives of Family Medicine*, 9: 57-64.

25. Roter D. (2000) – The medical visit context of treatment decision making and the therapeutic relationship, *Health Expectations*, 3, 17-25.

26. Ridd M., Shaw A., Lewis G., Salisbury C. (2009) – The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives, *British Journal of General Practice*, 1 (59), e116-e133; doi: 10.3399/bjgp09X420248.

27. Tarrant C., Windridge K., Boulton M., Baker R., Freeman, G. (2003) – Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. *British Medical Journal*, June 14; 326(7402): 1310; doi: 10.1136/bmj.326.7402.1310.

28. Roberge D., Beaulieu M.D., Haddad S., Lebeau R., Pineault R. (2001) – Loyalty to the regular care provider: patients' and physicians' views. *Family Practice*, 18(1):53-59.

29. Gore J., Ogden J. (1998) – Developing, validating and consolidating the doctor-patient relationship: the patients' views of a dynamic process. *British Journal of General Practice*, 48(432):1391-1394.

30. Lings P., Evans P., Seamark D., Seamark C., Sweeney K., Dixon M., Gray D.P. (2003) – The doctor-patient relationship in US primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(4):180-184.

31. von Bultzingslowen I., Eliasson G., Sarvimaki A., Mattsönd B., Hjortdahl P. (2006) – Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Family Practice*, 23(2):210-219.

32. Pandhi N., Bowers B., Chen F.P. (2007) – A comfortable relationship: a patient-derived dimension of ongoing care. *Family Medicine*, 39(4):266-273.

III. Relația medic-pacient cardiac

Crina Julieta Sinescu, Liliana Veronica Diaconescu

În cardiologie, relația medic-pacient prezintă, pe lângă elementele generale, comune, o serie de aspecte specifice generate de particularitățile psihocomportamentale și sociale ale pacienților, de impactul în plan psihic al bolii, de patologia cardiacă și de modalitățile terapeutice, precum și de particularitățile medicului cu specialitatea cardiologie.

1. Particularități psihocomportamentale ale pacienților cu boli cardiovasculare

În ceea ce privește pacienții cu boli cardiovasculare (mai ales cu hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică coronariană, tahicardii paroxistice) s-au descris factori psihocomportamentali de risc cu rol în apariția sau în evoluția nefavorabilă a bolii.

În acest sens, **tipul psihocomportamental A** (*Type A behaviour pattern*), descris de Friedman și Rosenman (1) caracterizează persoanele ambițioase, competitive, ostile, agresive, implicate profesional și care se află mereu sub presiunea timpului, și a fost considerat un factor de risc pentru infarctul miocardic (1, 2, 3, 4). Unele studii (5, 6) au arătat faptul că tipul psihocomportamental A – ca ansamblu de trăsături – nu este implicat în mod specific în apariția bolilor cardiovasculare, în timp ce alte studii au evidențiat legătura dintre anumite componente (mai ales ostilitatea) și un risc coronarian crescut (7, 8, 9). Astfel, riscul coronarian este maxim la persoanele care prezintă ostilitate cognitivă (gânduri dușmănoase) asociată cu interiorizarea supărării (10), la cele cu ostilitate comportamentală (agresivitate verbală sau fizică) (11) și la cele cu comportamente la risc (fumat, consum de alcool) (11, 12). Studii mai recente (13, 14, 15) au arătat că ostilitatea cognitivă (cinismul) și furia sunt asociate cu un risc crescut de infarct miocardic și cu rată mai mare a mortalității la cei cu boală coronariană.

Tipul psihocomportamental D, descris de Denollet (16), caracterizează persoanele cu afectivitate negativă (cu anxietate, îngrijorare, imagine negativă despre sine) și inhibiție socială (cu inhibiție, evitarea și limitarea interacțiunilor cu ceilalți, mascarea emoțiilor negative), care sunt resimțite sub forma unui mediu social ostil și nesuportiv (11). Acest tip psihocomportamental este prezent la pacienți cu boală coronariană, cu insuficiență cardiacă și cu boală arterială periferică, antrenând un prognostic nefavorabil cu apariția complicațiilor și creșterea mortalității (17, 18, 19, 20).

Adoptarea unor **comportamente nocive**, precum fumatul, sedentarismul, alimentația nesănătoasă, contribuie în mod considerabil la creșterea riscului de boli cardiovasculare (21, 22, 23), unele studii subliniind faptul că factorii de risc comportamentali menționați sunt responsabili pentru aproximativ 65-80% dintre bolile coronariene și accidentele vasculare cerebrale (22, 24, 25).

Aspectele sociale se pot constitui de multe ori în factori de risc „adiționali”, cu rol în apariția (26, 27, 28) și în evoluția bolilor cardiovasculare (29). S-a constatat o incidență mai mare a bolilor cardiovasculare la **persoanele cu venituri mici**, cu un **status socioeconomic scăzut** (8, 30), cu **acces limitat** (de **posibilitățile financiare** și de condițiile precare ale mediului social) la asistența medicală preventivă și curativă. **Stresul generat de evenimentele majore de viață și de condițiile de desfășurare a activității profesionale** (solicitări crescute, volum mare de muncă, lucrări urgente de efectuat, capacitate scăzută de a influența propria activitate, retribuire salarială insuficientă în raport cu munca depusă, lipsa promovării) se asociază cu creșterea riscului cardiovascular (6, 31). **Lipsa unei rețele de sprijin** din partea familiei și a prietenilor, absența suportului social influențează în sens negativ evoluția și prognosticul persoanelor cu boli cardiovasculare (6, 32).

Merită precizat și faptul că **există factori psihosociali și comportamentali** (optimismul, simțul umorului, suportul social crescut, efectuarea regulată de **exerciții fizice**) care au rol în prevenirea îmbolnăvirilor și care contribuie la evoluția favorabilă a bolilor cardiovasculare (33, 34).

2. Impactul în plan psihic

Statisticile la nivel mondial subliniază că **bolile cardiovasculare continuă să ocupe primul loc și să constituie prima cauză de deces**, mai ales prin afecțiuni coronariene și accidente vasculare cerebrale, indicatorii de morbiditate și mortalitate fiind în continuă creștere (22, 35, 36, 37). Populația generală poate percepe și interpreta aceste date fie în sensul (pozitiv) al conștientizării gravității bolii, al importanței prevenirii și a tratamentului acesteia, fie în sensul (negativ) conform căruia prevalența mare a acestor afecțiuni le face dificil de controlat și tratat.

La nivel individual, impactul în plan psihic al bolii cardiovasculare generează **stări emoționale negative cu efecte nefavorabile asupra evoluției**, a prognosticului și a duratei de supraviețuire (6, 8, 9, 27, 38, 39). În multe cazuri se constată **coexistența tulburărilor psihice și a bolilor cardiovasculare**,

iar această comorbiditate poate fi pusă fie pe seama apariției bolilor cardiovasculare ca urmare a unor probleme de natură psihologică, emoțională, fie pe seama apariției unor **tulburări psihice drept complicații ale bolilor cardiovasculare** (40).

Pacienții care au suferit un infarct miocardic au un risc de 25-30% de a dezvolta **depresie** (40, 41). În plus, diferite studii (32, 43, 44, 45, 46, 47, 48) au arătat că **prezența depresiei la persoanele cu boală coronariană favorizează accidentele coronariene ulterioare**, scade calitatea vieții, determină un prognostic nefavorabil și se asociază cu o rată mai mare de mortalitate. Efectele depresiei asupra apariției și a evoluției bolilor cardiovasculare pot fi explicate prin mecanisme complexe:

- de ordin comportamental: individul este mai puțin compliant în privința tratamentului, dar mai ales în respectarea restricțiilor (de dietă, efort etc.), cu tendință mai accentuată spre adoptarea comportamentelor la risc (fumat, alcool) și cu o motivație și adresabilitate către serviciile medicale mai scăzută (4, 48);
- de ordin psihofiziologic: hiperactivitate a axei hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenaliene și hipercortizolemie (cu efecte aterogene), precum și hipersecreție de norepinefrine (cu efecte directe ale catecolaminelor asupra funcției cardiace) (4).

Anxietatea este prezentă frecvent la persoanele cu boli cardiovasculare (49), determinând un prognostic nefavorabil și o creștere a mortalității la acești pacienți (50, 51). Tulburările anxioase sunt frecvent generate de **perspectiva morții subite, de teama recidivei sau a apariției complicațiilor**, fiind prezente mai ales în cazul persoanelor cu infarct miocardic în antecedente, a celor hipertensive sau a celor care au fost supuse unor intervenții chirurgicale (4).

Anxietatea este influențată nu numai de natura afecțiunii cardiovasculare (cardiopatie ischemică coronariană, hipertensiune arterială), ci și de particularitățile psihocomportamentale ale individului și de percepția curabilității, respectiv a controlabilității bolii. Toți știu că inima este organul care „te ține în viață”, că „mori atunci când ți se oprește inima”, iar aceste convingeri stau la baza temerilor sau chiar a spaimelor fiecărui pacient cardiac.

Există situații în care apare **sentimentul de disperare/lipsă de speranță** (*hopelessness*), corelat la rândul său cu evoluția nefavorabilă a bolii (33, 52). Unii pacienți prezintă o **reală dependență de spital, de personalul medico-sanitar**: fie încearcă să-și prelungească spitalizarea (inventând sau exagerând diverse simptome), fie revin foarte repede după externare.

În adaptarea la boala cardiovasculară, **pacienții se confruntă cu o serie de dificultăți** precum (40, 53, 54, 55):

- preocupări privind impactul simptomatologiei;
- negarea existenței unei probleme cardiace;
- reacții emoționale ca frică, furie, tristețe;
- regresie afectiv-comportamentală;
- convingeri negative privind curabilitatea sau controlabilitatea bolii;
- aderența la un tratament de lungă durată și cu posibile reacții secundare;

- capacitatea de a face față schimbărilor survenite în activitățile zilnice și a necesității modificării factorilor de risc comportamentali;
- restructurarea relațiilor interpersonale;
- tendința de a interpreta în sens catastrofal impactul bolii asupra vieții lor.

Boala cardiacă este o afecțiune cronică, pacienții fiind etichetați (de către ceilalți sau de către ei înșiși) drept „cardiaci”, ceea ce atrage după sine un anumit statut social. Acesta presupune pe de o parte respectarea unor restricții privind efortul fizic, fumatul, consumul de alcool. Pe de altă parte, **eticheta de „cardiac” presupune limitarea unor activități**, ceea ce este util mai ales în perioada de recuperare postinfarct sau postoperator. Există situații în care limitările pot fi exagerate de către familie în scopul menajării pacientului sau de către însuși individul bolnav cu intenția de a obține unele beneficii secundare (atenție sporită și grijă din partea anturajului, scutire de unele responsabilități).

Abordarea terapeutică presupune în primul rând regimul igienico-dietetic, „nemedicamentos”, cu accent pe activitatea fizică, respectarea dietei, somn suficient, renunțarea la obiceiuri nesănătoase (fumat, consum de alcool). Această modalitate terapeutică nu trebuie neglijată sau minimalizată: fumatul, sedentarismul, alimentația nesănătoasă (cu grăsimi, exces de sare), colesterolemia, obezitatea **sunt factori de risc implicați în etiologia bolilor cardiovasculare, dar sunt factori ce pot fi controlați, modificați sau tratați** (22, 23).

În al doilea rând este luată în considerare **terapia medicamentoasă, care în general este administrată pe perioade îndelungate sau chiar toată viața**, variind în funcție de evoluția bolii, tipul de medicament și dozele terapeutice.

În general, pacienții prezintă o bună complianță până în momentul în care se simt bine, după care au tendința de a întrerupe tratamentul sau de a nu-l respecta conform indicațiilor. **Atenuarea bolii, precum și tratamentul voluminos, cu multe medicamente** sau o schemă terapeutică mai complexă sunt factori care conduc la scăderea complianței. Există și **pacienți (mai ales cei anxioși, nesiguri, dependenți) care refuză să renunțe la tratamentul inițial și care nu doresc să accepte ajustarea dozelor în funcție de evoluția favorabilă a bolii**. În ceea ce privește aderența terapeutică și variațiile acesteia trebuie luate în considerare și aspecte precum **contagiunea informațională și reclamele la produsele farmaceutice**.

În al treilea rând, **pentru unii pacienți este indicat tratamentul invaziv: nechirurgical (endovascular) sau chirurgical**, ceea ce generează anxietate, nesiguranță, stări depresive, atât anterior cât și ulterior intervenției, precum și în perioada de recuperare.

Pe lângă aceste modalități de tratament este utilă (și în alte țări se practică deja) **reabilitarea cardiacă** – o activitate multidisciplinară care are drept scop recuperarea fizică, psihologică și emoțională a pacienților, favorizând obținerea și menținerea unei stări mai bune de sănătate (54). Tratamentul psihologic, mai ales dacă este aplicat după un interval de 2 luni de la un eveniment cardiac, are ca efect reducerea semnificativă a mortalității și a nivelului de depresie și anxietate (56). Este recomandată o terapie „multimodală” (care cuprinde terapii comportamentale, managementul stresului, strategii de reintegrare socială, medicație antidepressivă și psihoterapie), cu influențe pozitive asupra prognosticului cardiovascular

(57, 58). **Intervențiile psihoeducaționale** își dovedesc eficiența prin ameliorarea simptomelor, o calitate a vieții crescută și bunăstare psihologică, precum și prin reducerea frecvenței anginei pectorale și scăderea consumului de medicamente (59).

3. Particularități ale medicului cu specialitatea cardiologie

Competența tehnică nu se limitează la cunoștințele de cardiologie, ci presupune o formare largă a medicului, având în vedere că pacienții prezintă frecvent multiple patologii, cu răsunet asupra bolii cardiace și cu implicații semnificative în abordarea terapeutică. Abordarea complexă a bolnavului cardiac solicită cardiologului cunoștințe conexe de neurologie, nefrologie și, în general, ceea ce se denumea „clasic” medicină internă. Odată cu evoluția tratamentului bolilor cardiovasculare în centrele specializate s-a dezvoltat o **relație specială cu serviciile de explorări invazive** (cateterism, coronarografie), **chirurgia endovasculară, serviciul de electrofiziologie, chirurgul cardiovascular**.

Identificarea diagnosticului pacientului și tratamentul stării acute pot fi urmate în unele cazuri de trimiterea către serviciul de chirurgie, ulterior, în unele unități medicale pacientul întorcându-se în secția de cardiologie sau într-un alt serviciu de recuperare unde este supravegheat în continuare și se realizează **recuperarea postoperatorie**. Această „secvențializare” a traseului unui pacient este o practică obișnuită, curentă în multe țări, cu avantaje atât pentru pacient, cât și pentru sistemul sanitar (de exemplu, evitarea aglomerării și a suprasolicitării serviciilor chirurgicale). **Relațiile de colaborare între cardiolog și chirurg**, cu ședințe săptămânale, cu stabilirea diagnosticului și a momentului intervenției, cu dispensarizarea și efectuarea controalelor periodice de către medicul cardiolog care cunoaște istoricul bolii pacientului respectiv, toate acestea se concretizează în efecte pozitive nu numai asupra evoluției și a prognosticului, ci și asupra statusului emoțional al pacientului.

Într-o accepțiune mai largă, pe lângă competența tehnică, **medicului îi sunt utile cunoștințe de psihologie și abilitățile de a identifica tipul de personalitate** al pacientului, de a aprecia ponderea factorului psihogen în apariția bolii și răsunetul semnificativ în plan psihic al acesteia (reculul somato-psihic).

În plus, aceste abilități ajută la stabilirea unei bune comunicări cu pacientul, la câștigarea încrederii acestuia în medic și la aplicarea unor intervenții de tip suportiv (privind stările anxioase și depresive), precum și modificarea stilului de viață. **Medicului cardiolog îi revine responsabilitatea deciziei terapeutice și a pregătirii psihice a bolnavului pentru manevrele invazive: endovasculare și de chirurgie cardiacă.**

Un alt aspect ce merită evidențiat este responsabilitatea actului medical (prezentă în orice specialitate) cu accent pe deciziile rapide (în interval de secunde) mai ales în cardiologia de urgență. Este o activitate angajantă, cu o mare încărcătură de stres profesional, la care se pot adăuga alte variate presiuni: lipsă de respect față de medic, relații uneori contondente cu pacienții sau aparținătorii

(care contestă deciziile medicului, care au atitudini de eliberare a unor frustrări acumulate de multe ori în urma unor experiențe anterioare neplăcute în sistemul sanitar), atmosfera critică, uneori chiar acuzatoare, creată de către mass-media la adresa medicilor etc.

Neutralitatea afectivă este utilă în menținerea unei atitudini obiective față de pacient, dar nu poate fi păstrată întotdeauna neimplicarea din punct de vedere emoțional. În funcție de natura bolii, există pacienți cu decompensări frecvente, cu internări repetate sau care se află în faza terminală, iar în astfel de situații medicul nu rămâne indiferent, dând dovadă de empatie și înțelegere, atât față de bolnav, cât și față de familia acestuia.

Relația medic-pacient debutează cu anamneza. În situații precum infarctul miocardic acut, anamneza este de tip directiv, tehnicist, cu întrebări precise și țintite în vederea stabilirii diagnosticului într-un timp cât mai scurt (60). În schimb, în alte boli cardiovasculare (hipertensiunea arterială) este utilă o anamneză „combinată” (de tip „tehnicist” și de tip „psihanalitic”), îmbinând avantajele ambelor forme (61).

În vederea stabilirii unui diagnostic corect și complet se coroborează informațiile obținute prin diferite metode: anamneza, examinarea fizică, electrocardiograma, radiografia toracică, examinări noninvazive (de exemplu, ecocardiografie) și ocazional examinări de tip invaziv (cateterism cardiac, coronarografie) (62, 63).

În pofida progreselor înregistrate în privința metodelor și a mijloacelor de investigație, **anamneza rămâne esențială în derularea diagnosticului**, reușind să furnizeze o largă paletă de informații despre: antecedentele heredo-colaterale (privind o posibilă agregare familială a bolii și/sau transmitere ereditară a acesteia), gradul de instrucție și educație al pacientului, condițiile de locuit, contextul profesional [condiții de muncă (fizică, de decizie, sub presiunea timpului), expunerea la variații mari de temperatură (muncitori în industria grea), lucrul în mediu toxic sau cu noxe, stresul profesional], diversitatea și complexitatea climatului sociofamilial (starea maritală, relațiile cu partenerul de viață, prezența suportului social), stilul de viață (activitate: sedentară sau nu; tipul de alimentație: bogată în grăsimi, exces de sare; obiceiuri nocive: fumat, consum de alcool).

Discuția cu bolnavul este importantă și pentru instituirea tratamentului, în vederea **optimizării complianței terapeutice** (atât față de restricțiile igienodietetice, cât și față de tratamentul medicamentos).

Relația medic-pacient cunoaște o **dinamică ritmată de evoluția bolii**: cu vizite la intervale mai mari (la câteva luni sau la 1-2 ani) în cazul bolilor care evoluează bine sub tratament sau la intervale mai mici (până la stabilirea unei scheme terapeutice eficiente sau în cazul bolnavilor care nu evoluează bine sub tratament). În acest caz se poate vorbi uneori de „**fidelizarea**” **pacienților**, percepută în dublu sens: pe de o parte efectuarea controlului periodic la același medic (cu posibilitatea urmăririi mai eficiente a tratamentului și a evoluției), iar pe de altă parte apariția unei reale dependențe a bolnavului față de medic și de spital (unde se simte în siguranță) manifestată prin refuzul de a pleca acasă și de teama familiei că nu se va descurca fără supraveghere medicală.

Relația medic-pacient și cu precădere anumite aspecte ale acesteia, precum implicarea pacientului în procesul decizional (64), comunicarea eficientă și interacțiunea cu pacientul (65), încrederea acestuia în medic (66) se constituie în factori importanți în creșterea aderenței terapeutice și în prognosticul favorabil al bolii cardiovasculare (67).

Având în vedere gravitatea, complexitatea și durata unor boli cardiovasculare, relația pacientului se desfășoară nu numai cu medicul curant, ci și cu o echipă multidisciplinară: cardiolog intervenționist, chirurg, asistente, dar și cu psihologi (69) implicați în realizarea reabilitării cardiace (intervenții psihoeducaționale, psihoterapie cognitiv-comportamentală, având ca obiective reducerea anxietății și a depresiei, modificarea comportamentelor la risc, acceptarea bolii, adoptarea unor strategii eficiente de *coping*) (8, 24, 54) și în optimizarea calității vieții.

Bolile cardiovasculare, prin implicațiile lor multiple în plan emoțional, evidențiază importanța și eficiența abordării lor în manieră holistică, psihosomatică și chiar psihosocială de către medici capabili să perceapă, să înțeleagă și să trateze pacienții într-un mod complet și complex (69).

Bibliografie

1. Friedman M., Rosenman R.H. (1960) – Overt behavior pattern in coronary disease. Detection of overt behavior pattern A in patients with coronary disease by a new psychophysiological procedure. *JAMA*, 173, 1320-1325.
2. Friedman H.S., Booth-Kewley S. (1987) – The „disease-prone” personality, *American Psychologist*, 42, 539-555.
3. William R. B., Haney T. L., Lee K. L. et al. (1980) – Type A – behaviour, hostility and coronary atherosclerosis, *Psychosomatic Medicine*, 49, 539-549.
4. Iamandescu I.B., Frunză A. (2009) – Elemente de psihosomatică cardiovasculară, în I.B. Iamandescu (sub red.). *Psihologie medicală. Psihosomatică generală și aplicată*, Editura Infomedica, București.
5. Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J. (1999) – Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
6. Kuper H., Marmot M., Hemingway H. (2002) – Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Vascular Medicine*, 2, 267-314.
7. Suls J., Bunde J. (2005) – Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131 (2), 260-300.
8. Albus C. (2010) – Psychological and social factors in coronary heart disease, *Annals of Medicine*, 42 (7), 487-494; doi: 10.3109/07853890.2010.515605.
9. von Känel R. (2012) – Psychosocial stress and cardiovascular risk – current opinion, *Swiss Medical Weekly*, 142:w13502; doi:10.4414/smw.2012.13502.
10. Garnier B. (1982) – Comment distinguer entre „santé” et „maladie” dans le domaine des troubles psychosomatiques cardiovasculaires _Kiehloltz, loc.cit. 12, 21-27.

11. Iamandescu I.B. (1979) – Concepția psihosomatică în medicina contemporană, *Viața Medicală*, 2, 57-62.
12. Iamandescu I.B. (1993) – *Stresul psihic și bolile interne*, Editura All, București.
13. Boyle S.H., Williams R.B., Mark D.B., Brummett B.H., Siegler I.C., Helms M.J., Barefoot J.C. (2004) – Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 66:629-632.
14. Holt-Lunstad J., Smith T.W., Uchino B.N. (2008) – Can hostility interfere with the health benefits of giving and receiving social support? The impact of cynical hostility on cardiovascular reactivity during social support interactions among friends. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3):319-30.
15. Merjonen P., Pulkki-Raback L., Puttonen S., Keskivaara P., Juonala, M., Telama R., Viikari J., Raitakari O.T., Keltikangas-Jarvinen L. (2008) – Anger is associated with subclinical atherosclerosis in low SES but not in higher SES men and women. The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 35-44.
16. Denollet J. (2005) – DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67 (1), 89-97.
17. Pedersen S.S., Denollet J. (2003) – Type D personality, cardiac events and impaired quality of life: a review, *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10 (4), 241-248, DOI: 10.1097/01.hjr.0000085246.65733.06.
18. Sher L. (2004) – Type D personality, cortisol and cardiac disease, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 652-653.
19. Denollet J., Schiffer A.A., Spek V. (2010) – A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3 (5), 546-557.
20. Cioca I., Popa-Velea O. (2010) – Tipuri psihocomportamentale (A, C, D) cu implicații în patogeneză, În: O. Popa-Velea, *Științele comportamentului uman – Aplicații în medicină*, Editura Trei, București.
21. Mann J. (2002) – Diet and risk of coronary heart disease and type 2 diabetes, *The Lancet*, 360, 783-789.
22. ***OMS (WHO). (2011) – Global status report on noncommunicable diseases 2010, Geneva.
23. Roger V.L., Go A.S., Lloyd-Jones D.M., Benjamin E.J., Berry J.D., Borden W.B., Bravata D.M., Dai S., Ford E.S., Fox C.S., Fullerton H.J., Gillespie C., Hailpern S.M., Heit J.A., Howard V.J., Kissela B.M., Kittner S.J., Lackland D.T., Lichtman J.H., Lisabeth L.D., Makuc D.M., Marcus G.M., Marelli A., Matchar D.B., Moy C.S., Mozaffarian D., Mussolino M.E., Nichol G., Paynter, N.P., Soliman E.Z., Sorlie P.D., Sotoodehnia N., Turan T.N., Virani S.S., Wong N.D., Woo D., Turner M.B.; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2012). Heart disease and stroke statistics – 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 125, e2-e220.
24. Hamer M., Molloy G.J., Stamatakis E. (2008) – Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms, *Journal of the American College of Cardiology*, 52 (25), 2156-2162; doi: 10.1016/j.jacc.2008.08.057.

25. Menezes A.R., Lavie C.J., Milani R.V., O'Keefe J., Lavie T.J. (2011) – Psychological risk factors and cardiovascular disease: is it all in your head? *Postgraduate Medicine*, 123 (5), 165-176, doi: 10.3810/pgm.2011.09.2472.
26. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., Dans T., Avezum A., Lanas F., McQueen M., Budaj A., Pais P., Varigos J., Lisheng L. (2004) – Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364 (9438), 937-952.
27. Everson-Rose S.A., Lewis T.T. (2005) – Psychosocial factors and cardiovascular diseases, *Annual Review of Public Health*, 26, 469-500.
28. Franklin B.A. (2009) – Impact of psychosocial risk factors on the heart: changing paradigms and perceptions, *The Physician and Sportsmedicine*, 37 (3), 35-37, doi: 10.3810/psm.2009.10.1727.
29. Rozanski A., Blumenthal J.A., Davidson K.W., Saab P.G., Kubzansky L. (2005) – The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45 (5), 637-651.
30. Wilkinson R.G., Pickett K.E. (2008) – Income inequality and socioeconomic gradients in mortality. *American Journal of Public Health*, 98(4), 699-704.
31. Kamarck T.W., Schwartz J.E., Shiffman S., Muldoon M.F., Sutton-Tyrell, K., Janicki D.L. (2005) – Psychosocial stress and cardiovascular risk: what is the role of daily experience?, *Journal of Personality*, 73 (6), 1749-1774.
32. Barth J., Schumacher M., Herrmann-Lingen C. (2004) – Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis, *Psychosomatic Medicine*, 66(6): 802-13.
33. Das S., O'Keefe J.H. (2006) – Behavioral cardiology: recognizing and addressing the profound impact of psychosocial stress on cardiovascular health, *Current Atherosclerosis Reports*, 8 (2), 111-118.
34. Chida Y., Steptoe A. (2009) – The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53 (11), 936-946.
35. Mathers C.D., Loncar D. (2006) – Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLOS Medicine*, 3(11):e442.
36. Lopez A., Mathers C., Ezzati M., Jamison D., Murray C. (2006) – Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data, *The Lancet*, 367, 1747-1757.
37. *** OMS (WHO), (2011) – Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva.
38. Bunker S.J., Colquhoun D.M., Esler M.D., Hickie I.B., Hunt D., Jelinek V.M., Oldenburg B.F., Peach H.G., Ruth D., Tennant C.C., Tonkin A.M. (2003) – „Stress“ and coronary heart disease: psychological risk factors, *Medical Journal of Australia*, 178 (6), 272-276.
39. Rutledge T., Reis V.A., Linke S.E., Greenberg B.H., Mills P.J. (2006) – Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 48 (8), 1527-1537.

40. Iliæ S., Apostoloviæ S. (2002) – Psychological aspects of cardiovascular diseases, *Facta Universitatis: Medicine and Biology*, 9 (2), 138-141.
41. Blumenthal J.A., Lett H.S., Babyak A. et al. (2003) – Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet*;362:604-09.
42. Davies S.J., Jackson, P.R., Potokar J., Nutt D.J. (2004) – Treatment of anxiety and depressive disorders in patients with cardiovascular disease, *British Medical Journal*, 328: 939-943.
43. Frasure-Smith N., Lesperance F., Jumeau M., Talajic M., Bourassa M. (1999) – Gender, depression and one-year prognosis after myocardial infarction, *Psychosomatic Medicine*, 61, 26-37.
44. Carney M., Freedland K.E., Miller G.E., Jaffe A.S. (2002) – Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*, 53:897-902.
45. Frasure-Smith N., Lesperance F. (2003) – Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Archives of General Psychiatry*, 60:627-36.
46. Davidson K.W., Kupfer D.J., Bigger J.T. et al. (2006) – Assessment and treatment of depression in patients with cardiovascular disease: National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group Report, *Psychosomatic Medicine*. 2006; 68: 645-50.
47. Dickens C., McGowan L., Percival C., Tomenson B., Cotter L., Heagerty A. et al. (2008) – New onset depression following myocardial infarction predicts cardiac mortality, *Psychosomatic Medicine*, 70(4): 450-5.
48. Chilcot J., Wellsted D., Da Silva-Gane M., et al. (2010) – Depression in end-stage renal disease: current advances and research, *Seminars in Dialysis*, 23(1): 74–82.
49. Lane D., Carroll C., Ring C. et al. (2002) – The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 7:11-21.
50. Benninghoven D., Kaduk A., Wiengand U., Specht T., Kunzendorf S. (2006) – Influence of anxiety on the course of heart disease after acute myocardial infarction: Risk factor or protective function? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 56-61.
51. Roest A.M., Martens E.J., Denollet J., de Jonge P. (2010) – Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72 (6), 563-569.
52. Everson S.A., Kaplan G.A., Goldberg D.E., Salonen R., Salonen J.T. (1997) – Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis. The Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology*, 17 (8), 1490-1495.
53. Whitmarsh A., Koutantji M., Sidell K. (2003) – Illness perceptions, mood and coping at cardiac rehabilitation, *British Journal of Health Psychology*, 8, 209-221.
54. Child A., Sanders J., Tipson R.I., Sigel P., Hunter M.S. (2010) – Meeting the psychological needs of cardiac patients: An integrated stepped-care approach within a cardiac rehabilitation setting, *British Journal of Cardiology*, 17 (4), 175-179.
55. Shapiro P. (1996) – Psychiatric aspects of cardiovascular disease. *Psychiatric Clinics of North America*, 19: 613-628.

56. Linden W., Phillips M., Leclerc J. (2007) – Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *European Heart Journal*, 28:2972-84.

57. NICE (2009) – *Depression in adults with chronic physical health problems: treatment and management. Clinical Guideline 91*. Available at: <http://guidance.nice.org/CG91/guidance/pdf/English/downloadaddspix>.

58. Graham I., Atar D., Borsch-Johnsen K., Boysen G., Burell G., Cifkova R. et al. (2007) – European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice, *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14 (Supp 2), S1-113.

59. McGillon Arthur H., Victor J.C., Watt-Watson J., Cosman T. (2008) – Effectiveness of psychoeducational interventions for improving symptoms, health-related quality of life, and psychological wellbeing in patients with stable angina, *Current Cardiology Reviews*, 4:1, 1-11, www.mhf.org.uk/publications/up-running-summary/.

60. Diaconescu L., Popa-Velea O. (2006) – Relația medic-pacient, în O. Popa-Velea (sub red), L. Diaconescu, I. Necula Cioca, *Psihologie Medicală – Baze teoretice și implicații practice pentru medici și psihologi*, Editura Universitară „Carol Davila”, București.

61. Popa-Velea O., Țambu A., Diaconescu L. (2010) – Tipuri de anamneză, în O. Popa-Velea, *Științele comportamentului uman – Aplicații în medicină*, Editura Trei, București.

62. Braunwald E. (1987) – Approach to the patient with heart disease, in E. Braunwald, K.J. Isselbacher, R.G. Petersdorf, J.D. Wilson, J.B. Martin & A.S. Fauci, *Harrison's Principles of Internal Medicine – Eleventh Edition*, McGraw-Hill, New York.

63. Loscalzo J. (2011) – Approach to the Patient with Possible Cardiovascular Disease, in J. Jameson, Dan Longo, Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Joseph Loscalzo (editors) *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18 Edition, Tata McGraw – Hill Education.

64. Joosten E.A., Fuentes-Merillas L., de Weert G.H., Sensky T., van der Staak C.P., de Jong C.A. (2008) – Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4):219-26.

65. Zachariae R., Pedersen C.G., Jensen A.B., Ehrnrooth E., Rossen P.B., von der Maase H. (2003) – Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88:658-665.

66. Stewart M., Brown J.B., Donner A., McWhinney I.R., Oates J., Weston W.W., Jordan J. (2000) – The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49:796-804.

67. Farin E., Meder M. (2010) – Personality and the physician-patient relationship as predictors of quality of life of cardiac patients after rehabilitation, *Health and Quality of Life Outcomes*, 8:100, doi: 10.1186/1477-7525-8-100.

68. Dyer J., Beck N. (2007) – Psychocardiology: Advancing the assessment and treatment of heart patients, *Electronic Journal of Applied Psychology: Psychocardiology*, 3 (2), 3-12.

69. Höfner C., Koschier A., Edlhaime H.P., Leitner A. (2011) – The medical conversation, conversational techniques and the handling of emotions, Buletinul Asociației Balint, XIII (49), 16-26.

IV. Abordarea psihologică a bolnavului cardiac

Ioan-Bradul Iamandescu

1. Principii generale de abordare psihosomatică a bolnavilor cardiovasculari

Dimensiunea psihologică a actului medical – implicând și obligativitatea unei relații interpersonale pe multiple planuri cu bolnavul – variază în funcție de ecuația personală a medicului. În cardiologie – mai mult ca în alte specialități medicale – perspectiva invalidității sau chiar a morții conferă o gravitate suplimentară relației dintre medic și pacient, creând *responsabilități sporite* primului și accentuând celui din urmă *gradul de dependență* și de regresie comportamentală (1).

O importanță deosebită cu impact asupra prognosticului IMA o reprezintă **solicitarea precoce a ajutorului medical la debutul IMA**, dependentă și ea de o serie de factori psihologici (*vezi Tabelul 1*).

Tabelul 1. Factori de ordin demografic și psihosocial implicați în solicitarea precoce a ajutorului medical la debutul IM (1)

FACTORI DEMOGRAFICI/ SITUAȚIONALI	FACTORI PSIHOLOGICI
1. Vârsta ridicată	1. Atenția mărită
2. Căsătorit(ă)	2. Acceptă dificultăți personale
3. Simptomele apar în afara locului de muncă și în lipsa activității fizice	3. Nu se resemnează ușor
4. Suport social bun	4. Control intern crescut
5. Prezența altor persoane în jur	5. Anxietate extremă însoțind simptomele (inclusiv soț/soție)
6. Educație sanitară	6. Răspuns endorfinic scăzut la stres

Un mecanism de apărare, în cazul unei amenințări grave la adresa sănătății – cum ar fi posibilitatea apariției unui infarct miocardic – este **negarea**, minimalizarea pericolului, fapt ce conduce la întârzierea prezentării la medic a bolnavului, respectiv lipsindu-l astfel de posibilitatea de a beneficia de tratamentul – de eficiență maximă, în primele ore – de la debutul infarctului. O astfel de întârziere îl poate costa viața sau poate fi cauza unor evoluții mai severe a IM. Dacă bolnavul păstrează convingerea că nu este un infarct sau că acesta nu este sever, în primele 3 zile ale internării, evoluția bolii ar fi mai bună în acest caz (2), dar prelungirea negării bolii dincolo de acest interval va avea consecințe nefavorabile, așa cum se întâmplă în cazul bolnavilor cu CHD (fără semne de infarct)(3).

La primul contact dintre medic și bolnav, în cazul urgențelor cardiovasculare, **abordarea imediată exclusiv medicală** („tehnicistă”) – cu un suport psihologic schițat, dar pregnant – obligă la o prelucrare „în bloc” a bolnavului (deci și a întregului său cortegiu emoțional dominat de anxietate) de către medic, care trebuie să fie și un bun psiholog dacă nu dorește să agraveze starea – și așa precară a bolnavului – prin veritabile gafe de ordin verbal sau comportamental (1).

Odată depășit momentul urgenței, **medicul trebuie să urmărească adaptarea la personalitatea bolnavului** și vizând următoarele obiective: acomodarea psihică a acestuia la exigențele de ordin fizic, sociofamiliar și/sau profesional impuse de boală (la cardiaci ele sunt adesea incomode!) și crearea unei atitudini optimiste, dar responsabile, față de perspectivele evolutive și de inserția socio-profesională, uneori chiar familială a bolnavului.

În îndeplinirea acestor obiective, medicul pune în joc cunoștințe psihologice și psihiatrice a căror însușire anterioară variază suficient de mult pentru a putea explica marile diferențe dintre cardiologi, interniști sau omnipracticieni privind implicarea lor în probleme psihologice adiacente (uneori cu rol cauzal) suferinței bolnavului [un studiu (din anul 1998), nepublicat, împreună cu H. Nicolae, Ilicea și Popa-Velea (4), relevă o mai mare implicare psihologică a medicilor primari generaliști].

Atunci când există posibilitatea unei munci în echipă (presupunând posibilitatea unei colaborări strânse dintre medic, psiholog și psihiatru) se poate schița un algoritm de lucru – desigur perfectibil – privind abordarea psihologică a bolnavilor cardiovasculari.

În esență, această abordare presupune **evaluarea componentei psihologice etiopatogenice a bolii** și prevenirea sau diminuarea – pe cât posibil – a consecințelor în plan psihic, ale tulburărilor cardiovasculare prezente.

În cadrul acestei abordări intră **evaluarea instantanee sau în etape (contacte ulterioare) a tipului de personalitate** a bolnavului, acordându-se concomitent explicații minimalizatoare ale gravității (atenție la ipohondri!), preocupare (discretă inițial, ulterior manifestă) pentru **problemele de viață ale bolnavului** și – mai presus de toate – **optimism** legat de medicație, de valoarea unor explorări sau consultații și mai ales de prognosticul bolii.

În privința aprecierii ponderii factorului psihogen în apariția și evoluția bolii, pot exista **situații când este util să se apeleze la psihologi** (tulburările și sindroamele cardiovasculare funcționale, reabilitarea postinfarct și postoperatorie ori după implantarea de pacemaker etc. și toate problemele de adaptare la noi modalități de existență legate de apariția sau de evoluția bolii).

În afară de acestea, consultul psihologic poate fi util, mai ales la bolnavii dificili (de regulă nevrotici) și, în caz extrem, se poate recurge la un **consult psihiatric** (bolnavii cu stări depresive și în general cu afecțiuni nevrotice sau chiar psihotice, ca de exemplu cazurile de sindroame paranoide sau depresii grave după operațiile pe cord deschis) (5).

Această orientare a medicului depinde și de educația sa psihosomatică, dar și de gradul în care el dorește și se simte apt să se implice într-o „terapie simultană” (6) care include, odată cu tratamentul medical, și dificultățile de ordin psihologic,

efectuând (adesea în mod firesc și implicit întregului act medical) o psihoterapie simplă de susținere.

Psihologului îi revin sarcini speciale de psihoterapie, în prezent, în multe clinici cardiologice se practică aplicarea de rutină a unor forme de **terapie de grup** – cu avantajul „dispersării” anxietății bolnavilor, bazate pe exerciții adecvate (din care training-ul autogen Schultz a devenit cvasiobligatoriu), conduse de psihologi anume instruiți. Tehnicile de **management al stresului**, precum și **tehnicile de relaxare** și-au dovedit utilitatea în prognosticul BCV. Diverse combinații ale acestor tehnici au condus la scăderea incidenței și a frecvenței episoadelor anginoase, a evenimentelor cardiace moderate sau severe, dar și a dizabilităților, fiind în același timp utile creșterii calității vieții. Sunt, de asemenea, utilizate frecvent tehnicile de biofeedback și de **terapie comportamentală**. Terapiile creative (muzicoterapia, pictura sau sculptura) utilizate, de asemenea, în unele servicii de cardiologie, au o valoare evidentă, mai ales, în cazurile în care bolnavii necesită o spitalizare îndelungată sau restricții mai mari de efort.

Luban-Plozza (7) arată beneficiile unei **psihoterapii bifazice la cardiaci**, care implică inițial obținerea relaxării psihice, iar ulterior practicarea unei activități fizice dozate progresiv.

Trebuie accentuat **rolul „formator-educativ” al psihologului**, care – utilizând variate tehnici de psihodiagnostic și ajungând la o cunoaștere nuanțată a bolnavului – este în măsură să corecteze o „traietorie defectuoasă” comportamentală a acestuia cu efecte nocive atât socio-profesionale, cât și asupra sănătății sale (v. corectarea tipului comportamental A, capabilă să prevină recidivele infarctului miocardic).

2. Privire de ansamblu asupra obiectivelor actuale ale psihocardiologiei implicate în reabilitarea bolnavilor cardiovasculari

Pornind de la faptul că în ultimele două decenii au fost aduse dovezi incontestabile în favoarea considerării multor factori psihosociali de risc pentru evoluția nefavorabilă a BCV – în primul rând a CHD –, apare ca obligatorie luarea în considerație a problemelor psihosociale alături de ceilalți factori de risc în cadrul unor programe și strategii de reabilitare a bolnavilor.

1. O primă atenție trebuie acordată **studierii condițiilor concrete din viața fiecărui bolnav** declanșante ale distress-ului psihosocial care interacționează și influențează stilul de viață, favorizând comportamente compensatoare, dar cu risc major pentru sănătate (fumat, dietă nocivă, sedentarism etc.).

Din acest motiv bolnavii cardiaci trebuie investigați de:

- **medicul cardiolog** – în mod sumar, orientativ – referitor la problemele generale de viață și la comportamentele de risc amintite;
- **psihologul clinician** care trebuie să deceleze trăsăturile de personalitate cu risc major (de exemplu, interiorizarea supărării asociată cu tipul comportamental A) și să identifice prezența acelor „sindroame psihologice”

subclinice diagnosticate prin DCPR („criteriile diagnostice pentru cercetarea psihosomatică” (8) și care sunt mai utile prin apariția lor mai frecventă și mai precoce în BCV); abordarea psihoterapeutică a acestor tulburări s-a dovedit benefică pentru întârzierea evoluției BCV, iar intervenția psihologului devine imperioasă și salutară (9);

- **medicul psihiatru**, chemat să trateze formele mai severe de tulburări psihice (de exemplu, depresia majoră sau tulburările psihotice la unii bolnavi operați), el având și calitatea de a prescrie o medicație psihotropă extrem de eficace, alegând acele preparate fără efecte adverse cardiovasculare.

2. În al doilea rând, este extrem de binevenită **integrarea - de rutină! - a bolnavilor cardiovasculari în programele de reabilitare** deja existente (ENRICHED, SAFE-Essen) (10), centrate pe abordarea simultană a principalilor factori de risc somatici pentru boala cardiacă (HTA, dislipidemii, diabetul zaharat), cu factorii psihosociali și activitatea fizică „dozată” (11).

3. **Bolnavii cardiaci trebuie instruiți spre a identifica situațiile care le induce distress-ul**, precum și principalele trăsături afective și comportamentale care favorizează apariția și amplificarea acestuia (12); planificarea regulată a unor activități plăcute, menite să diminueze starea lor de depresie.

4. În sfârșit, **abordarea depresiei - ca factor major de risc pentru reinfarctizare și deces după apariția infarctului miocardic** - chiar în spital, după stabilizarea IM (13).

5. Rafanelli și colab. (9) subliniază ideea **asocierii între distress-ul profesional și stilul de viață patogenetic** al bolnavilor cardiaci, fapt ce are implicații negative ale QOL și ale complianței terapeutice.

6. Aplicarea tratamentului medical și psihologic în BCV trebuie să **aibă în vedere specificul bolii**, condițiile de viață și comportamentul - proprii bolnavilor și nu o abordare șablonardă (14).

7. Aceiași autori concluzionează asupra **valorii utilizării setului diagnostic DCPR** (8) la bolnavii cardiaci datorită posibilităților diagnostice mai largi și mai precoce menite să mobilizeze corpul medical („alertat” de către psihologi) în aplicarea unor măsuri educaționale psihoterapeutice și psihofarmacologice focalizate asupra factorilor psihosociali de risc cardiovascular, concomitent cu aplicarea tratamentului medical (sau chirurgical) de bază.

Modalitățile de abordare psihologică a BCV de către psihologi sau psihiatri vor forma obiectul capitolelor consacrate principalelor forme de psihoterapie și psihofarmacologie.

Bibliografie

1. Iamandescu I. B., Frunză, A. (2009) - Elemente de psihosomatică cardiovasculară, În I. B. Iamandescu (sub red.). *Psihologie Medicală. Psihosomatică generală și aplicată*, Editura Infomedica, București.
2. Julkunen J., Saarinen T. (1994) - Psychosocial predictors of recovery after a myocardial infarction: development of a comprehensive assessment method. *Ir. J. Psychol.* 15:67-83.
3. Sirous F. (1992) - Le déni dans la maladie coronariene. *CMAJ*, 147, 315-321.

4. Iamandescu I.B. (2002) – *Stresul psihic din perspectivă psihologică și psihosomatică*. Ed. Infomedica.
5. Kammerer W. (1985) – Chronische Herzkrankheit – Psychologische Risikofaktoren – *Therapiewoche* 3, 211.
6. Petzold E., (1990) – Psychoterapie bei Herzerkrankungen – *Therapiewoche* 40, 44-445.
7. Luban-Plozza B., Poidinger W., Kroger F. (1996) – *Bolile psihosomatice în practica medicală*, Editura Medicală, București.
8. Fava G.A., Freyberger H.J., Bech P., Christodoulou G., Sensky T., Theorell T., Wise T.N. (1995) – Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. (DCPR). *Psychother Psychosom.* 63:1-8.
9. Rafanelli C., Roncuzi R., Ottolini F., Rigatelli M. (2007) – Psychological Factors Affecting Cardiac Conditions. pp. 72-108 în P. Porcelli, N. Sonino (2007) – *Psychological Factors Affecting Medical Conditions*. Karger, Basel.
10. Dyer J., Beck N. (2007) – Psychocardiology: Advancing the assessment and treatment of heart patients, *Electronic Journal of Applied Psychology: Psychocardiology*, 3 (2), 3-12.
11. Linden W., Stossel C., Maurice J. (1996) – Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease. *Arch. Intern. Med.* 156:745-752.
12. Nathan P.E., Gorman J.M. (eds) (2002) – *A Guide to Treatments That Work*, ed. 2, New York, Oxford.
13. Sheps D.S., Sheffield D. (2001) – Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective. *J. Clin. Psychiatry* 62:12-16.
14. Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J. (1999) – Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 99:2192-2217.

CAPITOLUL 8

ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE APLICATE ÎN BOALA CARDIOVASCULARĂ (I)

I. Principii de conduită antidistress – preambul la aplicarea psihoterapiei

Ioan-Bradul Iamandescu

1. Premise noționale

1. Stresul psihic poate fi apreciat ca **un examen** (de fapt, o serie de examene repetate) pe care îl dă ființa umană – atât la nivel psihic, cât și somatic – cu agenți stresori psihici dintre cei mai variați (1).

2. **Adecvarea la realitate a evaluării semnificației agenților stresori** (2) – de exemplu, a nu se exagera pericolele, eșecurile – inclusiv, în opinia noastră, a factorilor și condițiilor care produc eustress-ul (de exemplu, aprecierea lucidă a unui succes).

3. Aprecierea stresului psihic, în special cronic – ca o **reacție a psihicului și, implicit, a somaticului la orice schimbare importantă** (3) (inclusiv a proiectelor noastre mai mult sau mai puțin importante) – implică adoptarea unor programe antistres capabile să faciliteze revenirea la situația anterioară sau **acomodarea cu noile situații**.

4. **Dozarea (economisirea) energiilor de distress** și acumularea de noi energii (din eustress), potrivit teoriei Verei Birkenbihl (4).

5. Conduitele antistres sunt dependente de particularitățile subiecților, inclusiv **reactivitatea psihofiziologică și caracterială**. Astfel, referitor la fumat, introvertiții apelează prioritar în situațiile de suprasolicitare, iar extrovertiții în cele de subsolicitare, în timp ce neuroticii ajung mai ușor la depresie în cursul distress-ului decât cei cu stabilitate emoțională. De asemenea, cei cu o personalitate anxioasă vor reacționa predominant prin anxietate într-o situație generatoare de distress, după cum „iritabilii” vor dezvolta stări de furie în situații similare (5).

Confirmându-se observații mai vechi ale școlii lui Alexander (6), s-a observat că indivizii predispuși la cancer reacționează la distress, în special prin depresie, reprimarea sentimentelor și lipsă de ajutorare (*helplessness*) ori de speranță (*hopelessness*), în timp ce indivizii care reacționează prin furie, enervare facilă și relații emoționale instabile, sunt mai predispuși la boli cardiovasculare (7, 8).

6. Reconsiderarea corporalității (elementul somato-psihic) și a factorilor activatori ai emisferei cerebrale drepte (**influența mediului natural și a emoțiilor estetice**).

7. Promovarea și menținerea unei sănătăți somatice și psihice – prin abordarea unor conduite salutogenetice – constituie un factor biopsihologic ce conferă individului o rezistență la variatele distress-uri.

2. Premise de ordin practic

Se includ în acest capitol un set de strategii „de fond”, menite să asigure individului **capacitatea de a face față într-un mod economic distress-ului**. Aceste strategii constau în modelarea unor trăsături personale pozitive sau negative, în „punerea în ordine” a unor probleme de fond ale individului respectiv etc.

În plan individual, principiile de conduită antistres (CAS) prezintă nuanțări în funcție de tipul de personalitate și de vulnerabilitatea la stres a subiectului respectiv.

Din acest motiv, vom propune o schemă personală de CAS adaptabilă la problemele de viață și la aspirațiile fiecărui individ (9).

1. Asigurarea nevoilor psihologice fundamentale și a unui raport optim între nivelul de aspirații și posibilități (10):

a. reglarea optimală a raportului între nivelul de aspirații (NA) și nivelul de posibilități (NP).

Conform conceptelor psihologiei dinamice ale lui Kurt Lewin (11), orice individ ar trebui să-și evalueze raportul între NA și NP, căutând să evite existența unei frustrări intense sau cel puțin (dacă aceasta a apărut deja) să-i scurteze durata. De exemplu, într-un proces de integrare în plan profesional sau social este inevitabilă o perioadă în care posibilitățile trebuie să urce la nivelul aspirațiilor și în care nivelul frustrării este foarte ridicat, asociindu-se și un stres de suprasolicitare cu prețul căruia, însă, individul reușește să-și atingă aspirațiile.

Realismul de care trebuie să dea dovadă individul este necesar în:

- aprecierea lucidă a scopului și a șanselor (presiunea grupului social, în sens opus ori convergent cu aspirațiile sale);
- evaluarea exactă a posibilităților (native sau dobândite în cursul formării sale – dar și oferite de alții ori obținute de la aceștia);
- evitarea adoptării unor standarde excesive, adeseori inadecvate sau absurde.

b. asigurarea „din timp” a celor trei nevoi fundamentale postulate de Ralph Linton (12)

♦ **Nevoia de afiliere** este satisfăcută încă din primele zile de viață, prin contribuția mamei (alăptare) și a celorlalți membri ai familiei.

Ulterior, prietenii, colegii de studii sau de serviciu și familia – inclusiv cea nou creată – vor trebui să constituie elementele de suport social capabile să absoarbă stresurile inerente oricărui individ.

În esență, suportul social este sinonim cu un sprijin acordat individului de către ceilalți, inclusiv prin asigurarea nevoii de afiliere la care ne referim.

Atenție la investiții afective riscante! (prietenii greșit aleși, adopții de copii cu defecte genetice, comportamentale etc.)

♦ **Securitatea pe termen lung apare**, în opinia noastră, drept cea mai importantă nevoie psihologică a cărei satisfacere, printr-o judicioasă ierarhizare a obiectivelor și a efortului implicat de împlinirea acestora, constituie o redutabilă armă antistres.

Din acest punct de vedere nu trebuie lăsate la voia întâmplării:

- **alegerea profesiei** (verificarea interesului pentru aceasta și a posibilităților de a o exercita în mod optim), ca și **a partenerului (partenerei) de viață**. În acest din urmă caz, este necesară o verificare lucidă a „obiectului dragostei”, adoptarea unei logici afective (Ribot) constituind o eroare cu urmări grave, generatoare de stres permanent și pe fondul căreia vor apărea și alte distress-uri;

- **evaluarea propriei sănătăți**, luarea în considerare a unor date genetice cu risc de îmbolnăvire ca și a unor comportamente generatoare de boli, permit individului adoptarea unor măsuri de prevedere, inclusiv corecții comportamentale sau apelul la medic. Un om care își îngrijește sănătatea, mai ales pe termen lung, are mari șanse să scape de primejdia unor stresuri majore reprezentate de viitoare îmbolnăviri severe sau de complicațiile, adesea redutabile, ale bolilor de care suferă deja.

♦ **Noutatea experienței** – dezvoltarea unei largi palete de „senzații noi” poate constitui formarea unui **reflex de evadare dintr-un prezent sărac în satisfacții**, fie că este vorba de **experiențe intelectuale, afective** și, în general, de **lărgirea orizontului** spiritual, fie că este vorba de „**senzațiile tari**” sau orice noutăți menite să prevină o anume anchiloză sufletească, sinonimă până la un punct cu acel **spleen**, nu atât englezesc, cât baudelairian – chiar dacă „evadarea” poate fi încărcată de stresuri minore nenumărate.

Acest reflex de ieșire din monotonie, cu rol atenuant al stresului, poate funcționa chiar în cazul veritabilelor drame existențiale cotate la nivel superior pe scala Holmes și Rahe (13).

O rezervă, având rol de avertisment, este cea reprezentată de incompatibilitatea între noutatea experienței, furnizată nu rareori de aventuri extraconjugale ale unor indivizi și securitatea pe termen lung asigurată de o căsnicie solidă care trebuie să prevaleze față de efemerele „noutăți ale experienței” invocate drept scuză.

2.1. Asigurarea unei „nișe ecologice” generatoare de confort psihic

Termenul de „nișă ecologică”, propus de Jurg Willi (14), desemnează un ansamblu de relații sociale apropiate ale unui individ, care sunt impuse de poziția sa în familie, profesie, societate, și care sunt, în mare parte, inevitabile. Ele se suprapun numai parțial conceptului de suport social și pot constitui, în cazul în care sunt apreciate de individ ca fiind o sursă de creștere a sentimentului de afiliere, un veritabil „cuib” (nișă) relațional ce îi oferă „căldură” și, mai ales, zona în care el se simte în siguranță. Chiar dacă unele relații sunt conflictuale, ansamblul – **suma algebrică – a tuturor celorlalte este necesar să aibă o valoare pozitivă importantă pentru păstrarea unui tonus afectiv pozitiv** al individului. În cadrul conduitelor antistres, orice om va trebui să își mențină integritatea nișei și mai ales confortul asigurat de acele relații (de ordin material, informațional, emoțional și generatoare de stimă socială) care îi sunt favorabile, revizuindu-le pe cele generatoare de conflict sau evitându-le/eliminându-le (dacă este posibil!) pe acelea dintre ele care îi sunt constant nefavorabile.

2.2. Formarea și/sau dezvoltarea unei gândiri pozitive

Desigur, existența unor trăsături imunogene pozitive – ca de exemplu robustețea, optimismul, autoeficacitatea, simțul umorului – constituie premisele unei gândiri pozitive. Ele sunt alimentate de o serie de reușite obținute în decursul vieții individului. Gândirea pozitivă se definește ca „o atitudine care permite omului să descopere părțile bune ale unei situații (dar și ale unei ființe umane cu care relaționează, am adăuga noi – notă personală) și să găsească mai repede soluții optime la problemele care îl frământă” (15). Tot aici se încadrează și interpretarea favorabilă (sau cel puțin realistă) a unei situații echivoce/ambigue.

În ceea ce privește intervenția gândirii pozitive în prevenirea sau diminuarea intensității distress-ului (sau în descoperirea unor surse neașteptate de eustress, ca de exemplu sesizarea comicului involuntar al unor situații), ea poate fi considerată ca având un rol major în evaluarea unei situații (de la potențial „dezastruoasă” la potențial „abordabilă”, chiar cu prețul unor „mari sacrificii”) sau în reinterpretarea pozitivă a situației, în cadrul căreia individul face apel la resursele proprii, inclusiv la succesele sale anterioare similare sau se consolează în caz de eșec cu amuzanta, dar realista formulă: „un șut în spate reprezintă un pas înainte”.

Unul dintre parametrii de bază ai gândirii pozitive este cel consacrat **imaginii de sine**, care depinde foarte mult și de anturaj, cu care se realizează un feedback soldat cu amplificarea, întărirea experiențelor pozitive (spre deosebire de posesorii „gândirii negative” la care sunt întărite experiențele nereușite). De menționat că o gândire pozitivă furnizează adoptarea unui coping centrat pe problemă, dar și coexistența (de fapt, generarea) unei trăiri emoționale moderate.

2.3. Religia ca armă antidistress și sursă de eustress

Credința religioasă a unui individ exercită două mari categorii de efecte asupra stresului: **atenuează, amortizează distress-urile** (uneori le previne!) și, pe de altă parte, **stimulează producerea eustress-ului** în variate grade și situații. Această din urmă ipostază apare facultativ în momentul rugăciunii (numai dacă se atinge **starea de extaz mistic = eustress major!**), de exemplu la persoanele foarte religioase, inclusiv slujitorii bisericii, și în mod cert **în cadrul eustress-ului colectiv** generat de participarea la serviciul divin din cursul sărbătorilor rituale (Paște, Crăciun etc.).

2.4. Umorul ca remediu antidistress și sursă de eustress

Râsul reprezintă, în opinia noastră, un **act psihosomatic complex cu caracter de eustress** și având ca agenți stresori, de regulă, tot ceea ce este comic (deci stimuli psihici cu semnificații comice, reale sau imaginare – inclusiv în unele cazuri patologice), chiar dacă uneori el poate fi declanșat și de stimuli necondiționați cum ar fi cei cutanați (de exemplu, gâdilatul).

Din perspectiva considerării lui ca act complex psihosomatic – nu numai fiziologic – râsul comportă la nivel psihologic („capătul” „psiho” al actului psihosomatic) o **participare a principalelor instanțe ale psihismului**:

- **cognitivă**: descoperirea (evaluarea) semnificației, inclusiv a conduitei emergente – râsul – ca fiind lipsită de efecte nocive pentru individ cu excepția unor situații neadecvate (de exemplu, râsul la o înmormântare);
- **afectivă**: dispoziția specială, „umoarea” caracteristică râsului, de unde etimologia termenului „humor”;
- **volitională**: implicată în amplificarea sau inhibarea (ambele voluntare) acestui act, de regulă involuntar;
- **motivațională**: nevoia de a râde (amplificată de oboseală, plictiseală și alte distress-uri).

La celălalt „capăt”, **somatic**, al actului complex psihosomatic care este râsul, există o reacție fiziologică complexă ce antrenează **circa 60 de funcții ale organismului**, începând cu cele care îl provoacă nemijlocit (contractii și distensii ale diafragmului, ca și ale altor mușchi – faciali, în primul rând – cu modificări ale respirației, ale presiunii abdominale etc.) și având în ansamblu un efect benefic asupra sănătății.

Efectele energizante ale râsului, ca și efectele de creștere a capacității de comunicare a individului și toate celelalte acțiuni mai sus menționate, au condus la înregimentarea acestui agent terapeutic în rândul psihoterapiei („**terapia prin râs**”, „**Humour Therapy**”) care îl utilizează în variate forme, cum ar fi „administrarea” lui zilnică sub formă de videocasete sau simple liste cu bancuri ori stimularea unor reuniuni familiale pentru a se spune anecdote etc.

„Poate că o **excesivă direcționare spre umor** (justificată numai la **vârșnici**) este o primejdie potențială, în special la tineri, pentru ratarea posibilității de a cunoaște abisurile nefericirii (apropro de tragedia antică sau shakespeariană) sau literatura unor deznădejdi profunde (Dostoievsky, de exemplu), sau abia schițate, dar cronice (Cehov, un alt exemplu), ce conferă profunzime experienței

umane și capacitatea de a înțelege dintr-o altă perspectivă bucuriile vieții („durch Leiden an die Freude“, spunea Beethoven)“ (cit. 9).

2.5. Muzica – element antidistress și sursă de eustress-uri majore și repetate

Cu sau fără „aventură în imaginar“, muzica prezintă două categorii de mesaje: **apolinic** (inducând o stare meditativă, de relaxare) și **dionisiac** (caracter stimulant, mergând până la angrenarea unor expresii corporale, culminând cu dansul) (16). Toate aceste stări emoționale, ca și ideile sugerate de muzică, sunt trăite la nivelul experienței psihice a subiectului și repercutate prin intermediul releelor cortico-somato-viscerale asupra activității aparatului locomotor și a organelor interne (prin antrenarea sistemelor reglatorii psiho-neuro-endocrino-vegetative și, încă insuficient precizată în domeniul muzicii, a sistemului imunitar).

Nu trebuie uitat faptul, demonstrat de Bindra (cit. 9), că **structurile neuronale cu rol în emoții sunt „utilizate“ și de procesele motivaționale**, astfel încât relația de influență reciprocă între emoție și motivație în cadrul proceselor psihice umane este reflectată și în planul ascultării, al înțelegerii și al îndrăgirii muzicii de către orice meloman. Acest aspect de ordin neurofiziologic și psihologic poate constitui o explicație și pentru **efectul analog drogului** pe care îl are muzica pentru unii dintre iubitorii ei (în special muzica tehno sau hardrock) (17).

♦ Efectele psihologice ale muzicii

Încercând o sinteză după datele din literatură (18, 19), ca și mai recent (20, 21, 22), putem grupa **efectele psihologice globale ale muzicii în următoarele categorii** (cu interferențe frecvente):

1. Relaxare psihică, având următoarele variante cu implicații comportamentale:

- catharsis (scăderea marcată a tensiunii emoționale), incluzând defularea și posibila apariție a extazului;
- sedare (favorizând instalarea somnului, în unele cazuri);
- euforie (generată uneori compensator față de dispariția rapidă a conținutului afectiv negativ).

2. Stimulare psihică:

- creșterea randamentului cognitiv (memorie și ideeție), demonstrată experimental de creșterea performanțelor memoriei de către muzica barocă;
- stimularea gândirii spațiale și a creativității („efectul Mozart“ la copii);
- euforie (aici se încadrează și muzica rock și corespondențele ei creatoare de euforie în mod facil, prin dezinhibiția produsă de ritmica pregnantă, intensitatea sonoră brutală și asperitatea timbrului instrumentelor „electrice“ sau „electronice“ folosite);
- creșterea încrederii în sine;
- stimularea voinței și a inițiativei (de exemplu, marșurile).

3. Comunicarea interumană, având un caracter infraverbal, bogat în elemente sugestive, fapt constatat în special în cazul execuțiilor colective a unor piese muzicale (de exemplu, în cvartet), dar și un caracter verbal (muzica vocală) ce explică sau accentuează, cu ajutorul textului, ideile și sentimentele vehiculate

de muzica instrumentală. În cazul participării active la muzică, de exemplu **cântatul în cor, comunicarea este maximă.**

4. Scăderea pragului durerii și modificarea excitabilității psihomotorii. Efectul antialgic al muzicii este datorat eliminării de endorfine la nivelul creierului și se utilizează în potențarea anesteziei pentru intervențiile chirurgicale sau în asistența gravidelor în perioada travaliului (18). Scăderea excitabilității psihomotorii – desigur, de către o muzică liniștită, relaxantă – are ca efect scăderea irascibilității, ca și posibilitatea inducerii somnului.

♦ Efectele psihosomatice ale muzicii

În esență, fenomenele inițial acustice generate de muzică sunt convertite într-o recepție complexă cu următoarele componente (după J. Eccles)(23): **senzorială** (analizatorul auditiv), **acustică propriu-zisă** (zonele simetrice ale lobilor temporali), **muzicală propriu-zisă** (percepția muzicii sub forma ei structurată – melodie, ritm, armonie etc. – realizată la nivelul emisferei cerebrale drepte, „centrul muzicii”) și **intelectual-afectivă** (veritabilă trăire a muzicii, cu impact somato-visceral prin participarea unor zone corticale prefrontale, temporale și a sistemului limbic).

În lupta cu stresul psihic, muzica poate să acționeze în sensul diminuării intensității acestuia prin cele două tipuri de efecte psihice fundamentale deja amintite: excitant (dionisiac) și relaxant-meditativ (apolinic).

O sistematizare a efectelor psihice și psihosomatice ale muzicii cuprinde: **relaxarea tonusului muscular** (a încordării), **diminuarea frecvenței cardiace** și a tensiunii arteriale, **vasodilatația** (muzica lentă), **regularizarea ritmului respirator** și scăderea consumului de oxigen, **stimularea secrețiilor digestive** la subiecții sănătoși și **diminuarea acidității** la pacienții ulceroși, **creșterea toleranței la durere** (efect utilizat în stomatologie, obstetrică și chirurgie generală).

Efectele psihice ale muzicii sunt: relaxare, potențarea stărilor euforice sau nostalgice, stimularea atenției, a memoriei și a ideății, rafinarea percepției, consolidarea voinței, îmbogățirea imaginației, creșterea creativității și a pragului durerii (22).

♦ Muzica și hormonii de stres

Este indubitabil faptul că ascultarea muzicii induce o veritabilă „ploaie” de hormoni de stres. Variabilele numeroase ale condițiilor de ascultare, ale personalității ascultătorilor și ale „structurii” pieselor muzicale – dar și ale interacțiunilor neuro-endocrino-vegetative puse în mișcare de audierea unei lucrări muzicale – constituie tot atâția factori capabili să genereze o variată paletă de răspunsuri hormonale. Din aceste motive, se poate considera că, în prezent, puțini hormoni de stres pot fi considerați elemente de certitudine în aprecierea răspunsului endocrin declanșat de ascultarea muzicii. În cazul audierii unei muzici foarte plăcute pentru ascultător, se remarcă: **scăderea nivelului cortizolului** (plasmatic, salivar sau urinar – care, însă, poate fi crescut în cazul unei muzici stimulante și cu mulți decibeli) și **a catecolaminelor plasmatiche, creșterea serotoninei și a dopaminei etc.** (24).

Referitor la **endorfine**, este foarte clar că muzica are un efect de creștere a concentrației acestora la nivel cerebral (așa se explică efectele antialgice și euforizante ale muzicii). În privința implicării endorfinelor în răspunsul endocrin al acțiunii muzicii este demn de menționat experimentul efectuat de **Evers** (citată de Sengewald) (19) prin care administrarea de antagoniști ai morfinei (Naloxon), prealabilă ascultării muzicii anulează efectele euforizante ale acesteia.

A. Modalități practice de conduită antidistress

1. Conduite pro-eustress

Sunt reprezentate de:

- cultivarea eustress-ului (**conduite active** „încununate“ de eustress) ca de exemplu excursii, hobby-uri variate etc.;
- procurarea de eustress-uri (**colecționarea** de plăceri/stimulente, în „doze rezonabile“) cum este cazul vizionării emisiunilor TV, satisfacerea unor gusturi culinare sau vestimentare. Adeseori, eustress-urile pot contribui la reducerea efectelor unui distress major, inclusiv permițând o reevaluare pozitivă situației stresante.

2. Conduite sanogenice

Referitor la conduitele sanogenice, acestea au fost evaluate și chiar codificate (vezi chestionarul Steptoe și Wardle) (citată de 25) în ultimii ani, constituind unul dintre subiectele majore ale psihologiei sănătății. Pentru a nu extinde abuziv acest subcapitol, vom încerca doar să includem principalele conduite într-un tabel și să accentuăm ideea că **individul care se conformează acestor norme este mult mai protejat** față de SP declanșate de principalele boli și accidente implicate în scăderea duratei medii de viață.

Tabelul 1. Conduite sanogenice contemporane la adultul sănătos (Iamandescu, 2005) (10)

1. Deprinderi zilnice <ul style="list-style-type: none"> - igiena bucală - mic dejun - activitate zilnică (gimnastică, mers pe jos) - somn suficient 2. Dieta <ul style="list-style-type: none"> - trei mese principale (inclusiv micul dejun) + 1-2 gustări - normocalorică - de preferat: alimente vegetale, bogate în fibre, carne albă (pește, pui) - limitare grăsimi animale, carne roșie, dulciuri, conservanți, sare, zahăr - proaspete sau fierte (prăjire, congelare) - apă și lichide suficiente – dimineața la trezire și între mese - consum moderat de alcool și de cafea 3. Conduite preventive față de „accidente“ <ul style="list-style-type: none"> - auto: centură, viteză, alcool - expunere prelungită neprotejată la soare (orele 10.00-16.00) - boli venerice: prezervativ - boli infecțioase severe: evitare contacte 	<ul style="list-style-type: none"> - sarcini nedorite: contracepție dirijată medical 4. Evitarea unor excese <ul style="list-style-type: none"> - alcool - medicamente „uzuale“ (antialgice, somnifere) - alimente preferate (mese panta-gruelice) - nopți nedormite (inclusiv studiu, gărzi etc.) - muncă prelungită la domiciliu 5. Examine medicale periodice <ul style="list-style-type: none"> - stomatologice - ginecologice (inclusiv Papanicolaou) - urologice (adenom de prostată) - controlul tensiunii arteriale 6. Autoexaminări <ul style="list-style-type: none"> - controlul greutateii - autoexamenul sânilor (lunar) - autoexamenul testiculelor 7. Interdicție totală <ul style="list-style-type: none"> - tutun - droguri - antibiotice sau psihotrope, „după ureche“ - utilizarea obiectelor de igienă personală ale altei persoane (pieptene, prosop, batistă)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Conduite vizând creșterea eficienței filtrelor antistres

a) Evaluarea adecvată a semnificației stresorilor versus resursele personale

Vizează modificarea sistemelor de convingeri (pozitivarea, adecvarea lor la realitate) și combaterea unor modalități de *coping* nocive pentru individ (→ optimizarea *coping*-ului). Prin tendința de a **evalua pozitiv situațiile ambigue** (ca nefiind obligatoriu amenințătoare), persoanele cu gândire pozitivă vor tinde să adopte forme de *coping* preventiv și activ, ce le permit să mențină distress-ul la un nivel redus. Acest fapt sugerează importanța formării unei gândiri pozitive chiar și la cei cu o „structură genetică“ generatoare a unui sistem de cogniții negative. În acest sens, considerăm că **autoinvocarea repetată a unor realizări** obținute în diverse domenii de către acești subiecți poate să constituie uneori un element generator al unei încrederi și stime față de sine, pozitive.

b) O altă consecință a acestei modelări pozitive și realiste a convingerilor individului este reprezentată de necesitatea și posibilitatea **combaterii stresurilor gratuite** ale unor indivizi, fie anxioși, fie insuficient informați prin oferirea de explicații corecte. De regulă, în cazul îmbolnăvirilor, această categorie de subiecți cade pradă lipsei de informații despre boală și tratament, ca și unei contagiuni informaționale defetiste, indusă de anturaj.

c) Optimizarea strategiilor de coping

În cele ce urmează vom încerca o sistematizare a conduitelor de *coping* cu efecte favorabile sau nocive asupra individului stresat.

Distress-ul acut

♦ În cazul unor distress-uri produse de **evenimente ireparabile** (concedieri, eșec la un examen, deces al unei persoane apropiate etc.) evaluarea primară stabilește existența unei pierderi, prejudiciu deja produse, iar persoana în cauză este **centrată justificat pe emoție**, încercând fie să uite, fie să se relaxeze. Extrovertitul se va lăsa copleșit de emoția respectivă; introvertitul va „rezona” la interior, dar nu va verbaliza și nici nu va apela la suportul social în aceeași măsură ca extrovertitul.

Un exemplu oferit de o situație mult mai puțin dramatică ar putea fi oferit de așteptarea unui tren anunțat că întârzie mult: extrovertitul – dacă este și impulsiv – va exploda de necaz sau va discuta aprins cauzele și eventualele sancțiuni, în timp ce introvertitul va interioriza nemulțumirea sa fumând o țigară, încercând să-și modifice programul deranjat de întârziere (eventual va cere și unele informații suplimentare).

În situațiile cu caracter de „pierdere” definitivă se recomandă: **centrarea pe emoție** (verbalizare, relaxare, găsirea unor preocupări care să favorizeze uitarea – cel puțin pe moment), dar de durată cât mai scurtă posibil (cca. șapte zile în cazul unui deces și numai câteva ore în cazul unei probleme diurne „ratată” de către subiect).

Atitudinea de centrare pe emoție este nejustificată în cazul unei amenințări sau al unor probleme care prezintă posibilitatea unor soluții, dar **există subiecți care „se dau bătuți” ușor, renunțând la centrarea pe problemă și ancorând ușor în relaxare ori activități de alt profil.**

♦ Referitor la **situațiile ireversibile pe termen scurt** (de exemplu, ratarea unui obiectiv în cursul unei zile), apare ca neproductivă centrarea pe emoție („supralicitarea pierderii”), fiind recomandabile, din contră, scurte reacții (verbale sau nonverbale) de descărcare a supărării care să țină cont de contextul (inclusiv anturajul) de manifestare, urmate de comutarea intereselor pe alte direcții. O poziție intermediară o ocupă **cel care recurge la alcool în cantități mici, strict legate de „revenirea” din starea de șoc** (de exemplu, după o înmormântare sau după o sperietură etc.), dar întotdeauna este binevenit apelul la suportul social, descărcarea tensiunii psihice prin mobilizarea și primirea asigurărilor din partea celorlalți. O formă superioară de centrare pe emoție este reprezentată de **utilizarea umorului (inclusiv a autoironiei).**

Distress-ul cronic

Importanța mecanismului de *coping* pentru rezolvarea situațiilor conflictuale sau a momentelor de impas generatoare de stresuri pe termen scurt apare mai ales în cazul acumulării, apariției în mod repetat, a unor **distress-uri acute** ce pot să „macine” energia de stres a unui individ și să-i amenințe sănătatea.

Totuși, în ceea ce privește **distress-ul cronic**, acesta este mult mai periculos pentru sănătatea mintală, dar și somatică a unui individ. În plus, anumite distress-uri, acționând pe termen lung și de la vârste fragede, pot să graveze o serie de modificări în structura personalității.

Din aceste motive, considerăm că tentativa psihologului de corectare a unor modalități de *coping* inadecvate sau cu impact negativ psihic și psihosomatic asupra unui subiect trebuie să aibă în vedere modul în care acesta utilizează atât cele două conduite fundamentale (centrarea pe problemă și cea pe emoție), plus *coping*-ul de reinterpretare pozitivă, cât și cele 14 tipuri de *coping* desemnate de Carver și colab. (26) și analizate în scalele omonime ale chestionarului COPE (în care sunt incluse și cele 2+1 *coping*-uri fundamentale).

Pennebaker (27) subliniază rolul favorabil al descărcării emoționale asupra sănătății și, invers, rolul nociv jucat de interiorizarea distress-ului.

De altfel însuși Shakespeare pune în gura lui Macbeth replica: „dă frâu liber mâniei tale, altfel îți va zdrobi inima”.

Totuși, în ceea ce ne privește, credem că centrarea pe emoție constituie un mijloc de relaxare cu efect cathartic. Rolul ei devine negativ numai în cazul în care ea se instituie ca un stereotip de *coping* utilizat abuziv, prelungit și într-un mod rigid, mai ales dacă nu se acompaniază de strategiile active de *coping* sau le „părăsește” cu ușurință, în cazurile unor stresori cu exigențe ridicate, dar nu imposibile.

B. Programe de gestionare a stresului și conduite antidistress conjuncturale

Se pot include în această categorie:

1. Programul Birkenbihl

Reprezintă punerea în aplicare de către Vera Birkenbihl (4) a concepției sale despre gestionarea eficientă a energiei de stres. Încercând o sinteză a acestui program, în sensul unei algoritmări ce poate fi completată cu date provenind din alte programe antistres, rezultă următoarele obiective:

1.1. Descărcarea tensiunii emoționale negative

Are loc prin trei modalități.

- 1. Descărcarea imediată**, ridicarea tonului vocii, lovirea cu pumnul în masă, plâns (efect cathartic intens), „descărcări verbale” etc., toate acestea, desigur, într-un context permisiv (fără a fi auziți, văzuți de alte persoane – eventual doar între cei apropiați și fără a-i jigni pe aceștia).

2. **Antrenarea unei activități musculare:** mers prelungit, exerciții izometrice (strângerea pumnilor, încordarea picioarelor, încheștarea dinților), acestea din urmă când nu ne putem deplasa.

3. **Conștientizarea stării de distress,** inventarierea cauzelor posibile și focalizarea asupra celei negative urmată de comunicarea cu persoane potrivite „să preia” o parte din neliniște și frustrările subiectului (prietenii, membri ai familiei).

1.2. Relaxare și meditație

Este necesar să avem „pauze” zilnice – frecvente, dar scurte – constând în următoarele exerciții (de durată redusă 2-3 minute, maxim 5):

1. **Concentrarea atenției asupra părților corpului aflate în stare de relaxare** (de exemplu, culcat), încercând să apreciem greutatea lor (analog exercițiilor din antrenamentul autogen Schultz care conștientizează, în plus, senzația de căldură emanată de aceste zone).

2. **Relaxarea progresivă a maxilarului inferior** (se ajunge la căderea liberă a acestuia).

3. **Privirea „în gol”,** folosită ca exercițiu de decuplare față de momente de intensă concentrare intelectuală (a putea să nu te gândești la nimic este – mai ales pentru intelectuali – un lucru adeseori dificil).

4. **Închiderea ochilor pentru câteva minute,** echivalează cu o relaxare psihică importantă mai ales dacă se însoțește și cu exerciții executate în poziție culcată (v. pct 1) și cu exerciții de **imagerie dirijată** (de exemplu, să ne amintim un peisaj de munte, căruia să-i modificăm imaginea din perspectiva apropiării – detalii – și a depărtării – ansamblu);

5. Realizarea unei deconectări complete prin pauze „aici și acum” (hic et nunc) cu o durată de cca. 10-30 de minute în timpul zilei în care subiectul se concentrează cu intensitate asupra unor acte plăcute precum: cântatul la pian sau alt instrument, cititul ziarului, ascultarea unor știri la radio, joc pe calculator etc. O modalitate de deconectare o mai poate constitui și întocmirea de planuri pentru vacanțe, activități plăcute sau pentru petrecerea sărbătorilor (excursii, revelion etc.).

1.3. Limitarea distress-ului

Se recomandă a fi îndeplinită prin:

1. **Economisirea pierderii de timp și energie cauzate de „frecușurile zilnice”,** (28) generate de rătăcirea unor obiecte personale sau activitățile inutile. Aici se pot încadra punerea lucrurilor într-o ordine prestabilită (și respectată), algoritizarea sub formă de deprinderi a unor activități de rutină și, mai ales, **evitarea persoanelor și a situațiilor neplăcute** (de exemplu, aglomerația într-un autobuz poate fi evitată plecând cu 10-15 minute mai devreme etc.).

2. **Analiza cauzelor care au produs situația de criză** are valoare când un stres psihic cronic, de lungă durată, este perceput ca atare și nu prezintă la prima vedere nicio perspectivă de înlăturare. O analiză a părților negative ale situației comparativ cu resursele personale și de suport social ale subiectului, soldată cu un plan de rezolvare, conduce la o diminuare a distress-ului.

1.4. Producerea de eustress-uri

Aici se încadrează:

1. **Practicarea unor activități generatoare de eustress** (din sfera *loisir*-ului – nota autorului) (muzică – ascultare sau interpretare –, sport, dans, frecventarea de expoziții, săli de concerte, plimbări în mijlocul naturii, excursii etc.).

2. Eustress familial

Retragerea după o zi de muncă – în sânul familiei, acolo unde relațiile familiale sunt armonioase („my home is my castle”), poate aduce o stare de relaxare, firească. Atenție, deci, la structurarea unei atmosfere familiale pozitive, favorizând comunicarea, atât a bucuriilor cât și a necazurilor. Reunirea tuturor membrilor familiei la mese duminicale (mai rar posibil, zilnice) generează un eustress colectiv amplificat și de calitatea mesei, ritualurile bahice și mai ales de comentarea împreună a unor evenimente, spectacole etc.

În plus, excursiile în familie (dar și în grupul de prieteni) constituie premisele unor eustress-uri majore.

3. Eustress prin sentimentul reușitei

În afara eustress-urilor ce apar, sporadic, în cazul încununării cu succes – așteptat sau nu – al unor strădanii îndelungate, este posibil să ne planificăm astfel de satisfacții prin realizarea unor proiecte cu șanse de reușită certă (chiar dacă valoarea lor este mai modestă). Autoarea exemplifică prin: 1) realizarea unor amenajări interioare, mici reparații accesibile etc. la care noi am adăuga 2) învățarea unei limbi străine sau a unei 3) bucăți muzicale (cântatul în cor era, în vremurile trecute, o ocazie extrem de binevenită pentru eustress-uri ce proveneau dintr-o multitudine de cauze: ambianța de comunicare, muzica, reușita – pas cu pas – a armonizării vocilor etc., fapt ce continuă a fi, și în prezent, realizat în unele țări, de exemplu, Suedia (29).

4. Eustress prin tandrețe, erotism și sexualitate

Reconsiderarea manifestărilor în sfera senzorial-afectivă, implicate de o sexualitate deplină – așa cum este ea indicată de autoare – sugerează rolul extrem de important al vieții sexuale în generarea de eustress, cu implicații în creșterea imunității (stimularea celulelor NK și a secreției IgAs) și – la bărbați – chiar a longevității. Condiția esențială pentru atingerea unei vârste înaintate este ca această viață sexuală să aibă loc cu o frecvență de minim trei contacte sexuale pe săptămână chiar până la vârste înaintate.

2. Programul New Start

Reprezintă un ansamblu de recomandări pentru o viață antidistress – ale căror inițiale formează acrostihul NEW START –, factorii componenți fiind următorii: N = *nutrition*, E¹ = *exercise* (efort fizic), W = *water* (un pahar cu apă dimineața, consumul apei între mese, dușuri zilnice, scăldatul în râuri sau mare), S = *sun* (soare – recomandabil, dar cu evitarea expunerii directe și prelungite între orele 10:00 și

¹ Au fost analizate în paragrafe separate.

16:00), T = *temperance* (cumpătare), A = *air* (expunere prelungită în aer liber), R = *rest* (odihnă, repaus), T = *trust* (credință) (30).

Ceea ce ni se pare în legătură directă cu profilaxia stresului este conduita legată de cei 2T (*Temperance* și *Trust*) ca și de „cultivarea” unui tip de repaus capabil realmente să refacă energia de stres a subiectului.

a) Cumpătarea (*Temperance*)

Thorp insistă asupra completării laturii calitative a termenului (evitarea sau limitarea acelor „**tentații**” cu rol nociv pentru organism) cu cea cantitativă, referitoare atât la programul zilei sau săptămânii prea încărcat („**prea multe puncte**” în ziua respectivă), cât și la neputința subiectului de a spune nu în fața unor noi solicitări (autoimpuse ori venite din afară).

b) Credința (*Trust*)

Puterea credinței în divinitate (dar și în unele valori morale, estetice și științifice) a fost evidențiată în numeroase rânduri și de către mulți autori, ca fiind un **element de stabilitate emoțională**. Important este că acest veritabil element de protecție – față de penetrarea armurii echilibrului psihic de către diferiți agenți stresori – este corelat, după date relativ recente (30), cu o **secreție crescută de endorfine în cursul rugăciunii**, aceasta din urmă având și rol de inducere a unei speranțe (chiar dacă adesea este iluzorie), a unui „Deus ex machina”, capabilă să instaureze un „armistițiu” între sarcina stresoare (disproporțional crescută) și posibilitățile mai reduse – în situația respectivă – de a i se face față de către individ.

c) Odihna (*Rest*)

Poate că ar fi mai potrivit – datorită scopului său, în cadrul CAS – termenul de „**recuperare**”.

În această privință, programul NEW START recomandă:

- introducerea în cursul programului zilnic a unor **pauze de câteva minute**, caracterizate printr-o relaxare totală (eventual exerciții însușite în cadrul diferitelor programe de relaxare);

- căutarea unor posibilități de **somn de circa 10-30 de minute după prânz** (ideal ar fi când apare somnolența postprandială), fiind cunoscut faptul că această „**moțăială**” în fotoliu reface subiectul într-un mod aparent miraculos pentru orele următoare;

- asigurarea unui **somn nocturn cu durată suficientă** (conform vârstei și a ecuației personale a fiecărui subiect) și prin mijloace de inducție rapidă, de tipul unei lecturi ușoare, **ingestiei unui măr sau al unui pahar cu lapte** (există anumite substanțe în lapte care se fixează pe receptorii benzodiazepinelor) etc. În cazul în care subiectul a avut câteva nopți cu somn redus, el poate recupera aceste „**restanțe**” printr-un somn de 9-10 ore într-una din zilele de weekend.

3. Conduitele antidistress situaționale

Au în general o valabilitate pe termen scurt, fiind valabile pentru SP acut și tinzând să devină adevărate „**reflexe antidistress**” la individul exersat în aplicarea lor. Includem în această categorie:

♦ **Însușirea unor strategii de raționalizare a cauzelor stresului**

Thorp (30) sugerează următoarea strategie:

- recunoașterea de către individ în confruntarea respectivă a **prezenței unei emoții** (deci atribut ale stresului);
- în prezența unei astfel de stări de stres, ea nu trebuie ignorată și subiectul trebuie să-și pună întrebarea „de ce?”;

- **reformularea elementelor situației** în fiecare dintre cele două perspective posibile: ca nocivitate sau utilitate pentru subiect;

- **împărtășirea gândurilor și a frământărilor** unei persoane apropiate (rol de catharsis emoțional).

♦ **Modalități de rezolvare a situațiilor conflictuale**

Virginia Satir (citată de 30) descrie **trei elemente ale unei situații conflictuale**: individul, un alt individ (sau mai mulți) și însăși situația respectivă (natura situației), conturând trei stiluri diferite de rezolvare:

- **acuzator**: „eu am dreptate”;
- **conciliant**: „tu ai dreptate”;
- **confuz**: „toți suntem de vină”.

Desigur că în condițiile adecvării la realitate, prin **analiza fiecărui element**, oricare din primele trei formule are șansa de a conduce la o rezolvare certă a conflictului (stilul conciliant ar putea crea însă premisa unui stres suplimentar de frustrare a subiectului).

În ceea ce privește **deturnarea mâniei față de celălalt**, Thorp impune – ca regulă de conduită imediată – imaginarea subiectului pe poziția celuilalt și considerarea a ceea ce ar fi făcut el din această perspectivă.

De asemenea, **răspunsul la insultă**, după Russel Lynes (citată de 30) ar consta în următoarea secvență atitudinală:

- **ignor-o!**, (dacă nu poți) **ascunde-o!**, (dacă nu poți) **fugi de ea!**

♦ **Apelul la suportul social (ameliorarea capacității de comunicare a individului)**

Sistemul social (în afară de familie) cuprinde cel mai frecvent prietenii, colegii, dar și instituțiile sociale cu acest profil, **începând cu biserica** (din păcate **unele secte profită** de aspirațiile spre o lume a liniștii și a echilibrului sufletesc al individului dezorientat și stresat, atrăgându-l în mrejele lor spre a-l putea manipula în scopuri străine de religie).

Un rol crescând în acordarea unui suport social eficient și calificat îl îndeplinesc, pe lângă **rețeaua de psihologi clinicieni** sau **instituții de profil medical**, acele „supape psihologice” pentru indivizii debusolați reprezentate de unele *posturi de radio sau rubrici din reviste profilate pe consultul psihologic adecvat stărilor de urgență*.

Față de colegi, se cere ca individul să manifeste (30):

- preocuparea de a-și face timp pentru dialog;
- transparența totală;
- micile indiscreții personale (lărgesc comunicarea, încrederea și au rol de catharsis emoțional).

Organizațiile de tineret, cluburile etc. au și ele rol în lărgirea comunicării.

Obiceiul organizării excursiilor în grup reprezintă unul dintre cele mai bune principii de CAS prin cumularea relaxării date de lărgirea comunicării, apariția unor emoții estetice ocazionate de contemplarea naturii și bucuria mișcării (cu rol de veritabil și polimorf eustress).

4. Program de coexistență cu distress-ul cauzat de boli severe sau incurabile

Este concretizat prin formula clasică: „**să știi să-ți porți crucea**” și constă într-o mentalitate frecvent întâlnită la populațiile orientale, **de asumare a destinului** (o întâlnire a acestei atitudini cu existențialismul lui Sartre), compatibilă cu păstrarea unui solid echilibru sufletesc. După Ikemi (31), acest veritabil program constă în:

1. **trăirea plenară a bucuriilor prezentului**, pe care acesta le oferă;
2. **viață activă, independentă** (în măsura posibilităților existente);
3. **gândire și atitudine pozitive, amabilitate** față de cei din jur (în ciuda handicapului cauzat de boală) și păstrarea simțului umorului;
4. **simțul onestității și al gratitudinii** – în raport cu ceilalți – dar și ca un suport pentru întărirea autostimei;
5. **recurs la religie** (dacă există o propensiune în acest sens).

Medicul sau psihologul care tratează astfel de bolnavi cronici (suferinzi de diverse infirmități, reumatism inflamator sau degenerativ, hipertensiune arterială severă, insuficiență cardiacă etc.) sau care are în îngrijire bolnavi neoplazici va trebui să-și centreze psihoterapia suportivă simplă pe restabilirea vieții active, responsabile, ca și a autostimei acestor bolnavi.

În plus și în paralel cu această autonomizare a bolnavului, este necesară **utilizarea suportului social**, în toate formele sale (emoțional, material, informațional și de stimă socială).

5. Programe antidistress la vârstnici

Sunt condiționate de particularitățile individuale ale vârstnicilor (dependențe prioritar sub 40 de ani de factorii genetici și peste 40 de ani de factorii sociali).

Relațiile dintre factorii demografici-sociali și biopsihologici și principiile de conduită antidistress emergente figurează în tabelul următor, întocmit după sistematizarea unor date furnizate de Marks (32) și Buddeberg și colab. (33).

Tabelul 2. Factori de prognostic favorabil pentru longevitate

Condiții sociodemografice	Factori biopsihologici	Conduite antidistress - capacitatea de valorificare
<ul style="list-style-type: none"> - Sex feminin - Locuință - Partener conjugal - Participare socială - Suport social relațional și material (rude în centre urbane importante) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilitate, independență - Funcții psihice de bază intacte - Funcții senzoriale: auz, văz - Nivel de instruire crescut - Interese vii (hobby-uri) - Stil de viață activ anterior (presenescență) - Capacitatea de a-și pune întrebări existențiale 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiență personală - Evenimente actuale - Trăirile prezente: <ul style="list-style-type: none"> - a se bucura de orice moment, prilej - ținte, aspirații cât mai actuale („viitorul apropiat“) - să-și accepte propriile limite - compromisuri rezonabile între nivelul de aspirații și de posibilități - valorificarea funcțiilor și a posibilităților restante

* * *

Din analiza variantelor prezentate mai sus, consacrate prevenirii și/sau atenuării (eliminării) stresului psihic am propune câteva **măsuri cu aplicabilitate zilnică** (9).

1. **Anticiparea distress-ului** prin analiza unor evenimente cu potențial stresant, programate sau previzibile și prin refuzul unor sarcini nepotrivite (elaborează un plan provizoriu de acțiune).

2. **Evitarea suprasolicitărilor** în condiții de tonalitate afectivă negativă (se face apel la umor, muzică și la suportul social).

3. **Relaxarea zilnică**, oricât de încărcat/urgent este programul.

4. Menținerea în **formă fizică și psihică** (alimentație, mers/gimnastică, odihnă/somn + excursii).

5. Cultivă și utilizează **suportul social**, mai ales când distress-ul îți depășește resursele.

Bibliografie

1. Iamandescu I. B. (1993) – *Stresul psihic și bolile interne*, vol. I, Ed. All.

2. Lazarus R.S., Folkman S. (1984) – *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer.
3. Burns D.D. (1989) – *The Feeling Good handbook*, William Morrow and Co., New York.
4. Birkenbihl V. (1999) – *Stresul psihic. Un prieten prețios?*, Ed. Gemma Print, București.
5. Spielberger C.D., Sarazon I.G. eds. (1975) – *Axiety State. Trait*, pp. 115-143, Willi, New York.
6. Alexander F. (1952) – *La médecine psychosomatique, ses principes et ses applications*, Payot, Paris.
7. Boyle S.H., Williams R.B., Mark D.B., Brummett B.H., Siegler I.C., Helms M.J., Barefoot J.C. (2004) – *Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease*.
8. Eysenck H.J. (1960) – *The structure of human personality*, Keagan Paul, London.
9. Iamandescu I.B. (2002) – *Stresul psihic din perspectivă psihologică și psihosomatică*, Ed. Infomedica.
10. Iamandescu I.B. (1999) – *Psihologie medicală*, Ed. Infomedica, București.
11. Levin K. (1967) – *Psychologie dynamique*, PUF, Paris.
12. Linton R. (1968) – *Fundamentul cultural al personalității*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București.
13. Holmes T.H., Rahe R.H. (1967) – The social readjustment rating scale, *Psychosom. Res.*, 11, 213-218.
14. Willi J., Heim E. (1986) – *Psychosoziale Medizin*. Bd I, Grunlagen, Springer Berlin.
15. Holdevici I. (2009) – *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală. Gândirea pozitivă – cheia sănătății și eficienței*, pp. 489-501, Ed. Trei, București.
16. Luban-Plozza B., Pozzi U. (1988) – *Musik und Psyché* – Fisiker, Berlin.
17. Iamandescu I.B. (2011) – *Muzicoterapie receptivă*, ed. a II-a, Editura Fundației Andrei Șaguna, Constanța.
18. Spintge R., Droh R. (1992) – *Musik – Medizin*, Fischer, Stuttgart.
19. Sengewald B. (1995) – *Grundüberlegung zur Wirkungsweise der Musik*. Diplomarbeit, Darmstadt.
20. Van Deest H. (1997) – *Heilen mit Musik*. Thieme München, Stuttgart.
21. Luban-Plozza, Iamandescu I.B., (1998) – *Dimensiunile psihologice ale muzicii*, Romcartexim, București.
22. Iamandescu I.B. (2004) – *Muzicoterapia receptivă*, Ed. Infomedica, București.
23. Eccles J. (1988) – Geleitwort, în Luban-Plozza et al., *Musik und Psyché*, Birkhauser, Basel.
24. Cioca I. (2011) – Capitol „Muzica și hormonii. În red. I.B. Iamandescu, *Muzicoterapia receptivă*, ed. a II-a, Editura Fundației „Andrei Șaguna“, Constanța.
25. Băban A. (1998) – *Stres și personalitate*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca.
26. Carver C.S., Pozo C., Harris S., Noriega V., Scheirer M.F. & Robinson D.S. (1993) – How coping mediates the effect of optimism on distress. A study of women with early stage breast cancer, *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

27. Pennebaker J.W. (1992) – *The Psychology of physical symptoms*, Springer, New York.
28. Kanner A.D. et al. (1981) – Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events, *J. Behav. Med.*, 4(1):1-39.
29. Theorell T. (2006) – Psychosomatic aspects of music, *J. Psychosom. Res.*, 61, 389.
30. Thorp (1992) – Seminar anti-stres (Ciclu de 5 conferințe). Material litografiat, București, 4-8 oct. 1992.
31. Ikemi Y. (1995) – *Integration of eastern and western psychosomatic medicine*, Kyushu Univ. Press.
32. Marks D.F. (2002) – *The Health psychology Reader*, Sage Publ., London.
33. Buddeberg C., Willi J. (1998) – *Psychosoziale Medizin*, Springer, Berlin, Heidelberg.

II. Modalități de coping pentru adaptarea psihologică la statutul de boală cardiovasculară

Alina Tănase

1. Adaptarea psihologică

Viața umană constă într-un schimb continuu de materie și energie (metabolism), dar și de informație (activitatea psihică), schimb pe care omul îl realizează cu mediul său natural și social (1).

Din cauza faptului că omul a fost nevoit să răspundă, de-a lungul existenței sale filogenetice, la o multitudine de cereri și presiuni din afara lui, el și-a orientat comportamentul către conceperea de acțiuni în scopul adaptării sale la mediu. Supraviețuirea sa la condiții ambientale ostile a depins de succesul acestor strategii, menite fie să-i ajusteze atitudinea, fie să modifice mediul înconjurător.

Comportamentul uman nu este, însă, doar o adaptare la cerințele mediului fizic, ci și la expectațiile și presiunile mediului social. Acesta poate furniza circumstanțe chiar mai solicitante decât mediul fizic, circumstanțe provocatoare de stres, la care individul e nevoit să răspundă fie în sensul prevenirii stresului, fie în sensul adaptării la el.

Stresul a devenit un numitor comun în societatea actuală atât de complexă, aflată într-o goană continuă pentru dezvoltare tehnologică și marcată de supra-solicitare informațională, senzorială și decizională. Stresul legat de muncă, de familie, de starea de sănătate sau de boală, cel financiar, cronic sau posttraumatic, toate acestea nu mai reprezintă experiențe izolate, ci elemente comune ale oamenilor din diferite medii și circumstanțe sociale.

Atunci când oamenii se confruntă cu stresul psihic, cu durerea, cu impactul emoțional al stării de boală, răspunsul natural este „să facă ceva”. Acel răspuns fie poate transforma experiența individului într-una pozitivă, fie poate avea efecte negative asupra stării sale ulterioare de sănătate.

Modalitățile prin care indivizii fac față stresului au primit denumirea de *coping*¹, respectiv strategii de *coping* sau mecanisme de ajustare. Noțiunea de *coping* a fost introdusă în psihologie de Susan Folkman și Richard Lazarus (1984), care l-au definit ca pe „un efort cognitiv de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările interne sau externe care depășesc resursele personale” (2).

Adaptarea la circumstanțe solicitante se realizează întotdeauna cu un consum de energie, implicând un efort, mai mult sau mai puțin conștient, al individului de a stăpâni, preveni sau diminua amenințarea, rănirea, pierderea sau pentru a reduce sau tolera stresul asociat acestora.

Coping-ul reprezintă una dintre temele cele mai frecvent studiate în psihologie, fiindu-i dedicat un spațiu larg de cercetare, în scopul înțelegerii rolului său în diverse etiologii și evoluții ale unor tablouri clinice. El a fost „incriminat” pentru vulnerabilitatea indivizilor la dezvoltarea unor boli, cum ar fi cele cardiovasculare sau cancerul, pentru modul în care unii oameni reușesc să se adapteze, iar alții nu, la starea de boală, sau pentru implicațiile în evoluția ulterioară a unor boli etc. (3)

2. Teorii privind coping-ul – trecere în revistă

2.1. Paradigma stres-coping – coping-ul din perspectivă tranzacțională

Această teorie aparține lui Lazarus și Folkman (1984), conform cărora răspunsurile de *coping* sunt o serie de tranzacții dinamice între individ și mediu, cu scopul de a regla stările interne și/sau modifica relația persoană-mediu (2). Emoțiile stresante și *coping*-ul sunt cauzate de cognițiile asociate cu modul în care individul evaluează relația sa cu mediul. Procesul de *coping* implică 3 stadii:

- evaluarea amenințării presupuse de stresor;
- aprecierea controlabilității stresorului – determină alegerea strategiei de *coping* ce va fi utilizată;
- evaluarea rezultatelor privind *coping*-ul utilizat și expectația rezultatelor confruntărilor ulterioare cu stresorul.

Cei doi autori au realizat clasificarea celor două mari categorii de *coping*: *orientat pe problemă* (destinat să modifice problema) și *orientat pe emoție* (care urmărește gestionarea emoțiilor produse de stresor).

¹ Termenul de *coping* provine de la verbul *to cope* din limba engleză, care înseamnă: a se descurca, a face față unei situații sau unei responsabilități, și implică, într-o oarecare măsură, succesul sau o reacție într-o manieră calmă și echilibrată.

2.2. Teoriile procesării cognitive

Procesarea cognitivă a evenimentelor traumatizante reprezintă modalitatea prin care oamenii interpretează evenimentele nedorite, căutându-le sens și încercând să înțeleagă aspectele negative ale experienței, atingând, într-un final, acceptarea.

2.3. Teoria stilurilor de coping

Această perspectivă consideră *coping*-ul mai mult ca pe o trăsătură de personalitate; astfel, există două modalități caracteristice de a manageria amenințarea sănătății:

- *monitorizarea* – indivizii scanează mediul și exagerează adeseori indicii amenințători, și
- *neutralizarea* – indivizii își distrag atenția prin minimalizarea informației amenințătoare.

3. Implicațiile coping-ului asupra stării de sănătate și managementul riscului de boală

Coping-ul (ajustarea la) cu un risc pentru sănătate este definit(ă) ca efortul de a manageria cunoștințele pe care individul le are privitor la riscurile pentru sănătate, cunoștințe provenite din istoria familială și / sau din cauza factorilor de risc (3).

Modelul autoreglării răspunsurilor la boală propune **simptomul** ca factor-cheie în modalitatea în care sunt percepute riscurile de boală. De asemenea, simptomul reprezintă principala țintă a *coping*-ului, iar reducerea simptomului reprezintă modalitatea prin care este evaluat progresul în procesul adaptării la riscurile pentru sănătate (4). Componentele modelului includ:

- percepția, de către individ, a unei modificări în activitatea somatică sau a unui simptom (de exemplu, durerea);
- compararea simptomului cu altele, din istoria personală, în scopul evaluării naturii amenințării pentru sănătate; în această etapă sunt parcurse fazele reprezentării cognitive a bolii (identitate, durată, consecințe, cauze, controlabilitate) (5);
- decizia de a se ajusta la simptom; acest lucru se realizează prin:
 - căutarea îngrijirii medicale profesionale;
 - implicarea în comportamente de îngrijire;
 - căutarea de informații;
 - adaptarea la impactul emoțional al simptomului.

Inovația acestui model constă în includerea comportamentelor de *căutare a îngrijirii medicale profesionale și implicarea în comportamente de îngrijire* ca mecanisme de *coping*.

Cercetările privind *coping*-ul și starea de sănătate, respectiv de boală, se împart în două direcții:

1. asocierea dintre *coping* și riscul pentru o anumită boală;
2. relația dintre *coping* și evoluția bolii.

Cea mai frecventă asociere studiată a fost cea dintre *coping* și riscul pentru cancer, în special pentru cancerul la sân. O serie de cercetători au sugerat că folosirea unor mecanisme cum ar fi *negarea* și *reprimarea* sunt factori potențiali în dezvoltarea cancerului la sân (6). Studiile ulterioare nu au găsit nicio asociere între acest tip de *coping* pasiv și riscul pentru cancer (7). *Coping*-ul nu modifică efectul evenimentelor de viață stresante asupra riscului de cancer. În schimb, paciențele cu cancer răspund mai frecvent la evenimentele stresante folosind *coping*-ul represiv (8). Alte studii au găsit o asociere între *coping*-ul orientat pe problemă (planificarea pentru rezolvarea problemelor) și riscul pentru cancer (9). Cu toate acestea, astfel de studii nu pot demonstra cauzalitatea, existând o multitudine de alți factori de luat în considerare (vârstă, trăsături de personalitate, istoric familial, factori imunologici, de mediu, genetici etc.). Din aceste motive nu poate fi acceptată ideea unei modalități de *coping* specifică pentru o anumită boală. Se poate spune că există, în schimb, un tip de *coping* față de orice boală (severă sau nu) specific fiecărui individ.

3.1. Adaptarea la boala cronică

În această direcție cele mai multe studii au avut un design transversal, folosind ca instrument forma revizuită a Scalei Retrospective de *Coping* (*Ways of Coping Checklist*). Felton, Revenson și Hinrichsen (1984) au realizat două studii, primul referitor la două mecanisme de *coping* și predictibilitatea lor pentru adaptarea psihologică, al doilea studiu examinând mecanismele de *coping* la pacienții cu artrită, cancer, diabet și hipertensiune (10). Mecanismele de *coping* din primul studiu au fost: *evadarea în fantezie*, care a reieșit ca un predictor mai consistent pentru adaptarea psihologică decât *căutarea de informații*, care a fost asociată cu un nivel mai mare de emoții pozitive, efectul asupra emoțiilor negative fiind modest. În cel de-al doilea studiu, mecanismele *evadarea în fantezie*, *exprimarea emoțiilor* și *autoînvinovățirea* au fost asociate cu o ajustare mai slabă la boala cronică, pe când minimalizarea a fost asociată cu o ajustare mai bună.

În general, cercetările în acest sens au evidențiat că **modalitățile pasive de coping centrat pe emoție sunt asociate cu o adaptare psihologică mai slabă**; *coping*-ul activ (rezolvare de probleme), strategiile de restructurare cognitivă se asociază cu niveluri scăzute ale depresiei, pe când strategiile de evitare, cu un nivel mai ridicat al depresiei.

Studiile longitudinale, deși mai puține, au descoperit o asociere între *coping*-ul pasiv (evitare, gândire pozitivă, distanțare, autoînvinovățire) și o slabă ajustare psihologică (11), și între *coping*-ul orientat spre problemă (căutarea de informații) și o ajustare mai bună la pacienții cu scleroză multiplă (12).

Designul longitudinal a fost utilizat și pentru studierea asocierii dintre *coping* și cancer, rezultatele fiind următoarele: *evitarea cognitivă* și *comportamentală* au fost în detrimentul ajustării, pe când *acceptarea* a fost asociată cu un distress mai mic (13).

3.2. Adaptarea la boala cardiacă cronică

Bolile cardiovasculare reprezintă o problemă de sănătate publică, fiind prima cauză a mortalității în întreaga lume. Această afecțiune presupune o serie de restricții de care pacientul trebuie să țină seama pentru a-și conserva starea de sănătate și pentru a preveni agravarea stării de boală. El trebuie să limiteze efortul fizic, să evite stresul prelungit, să renunțe la o serie de comportamente nocive, cum ar fi fumatul, să diminueze consumul de alcool sau alte excitante, să adopte o dietă echilibrată și să practice activități cu rol relaxant. Toate aceste limitări au efecte importante asupra calității vieții pacientului (care, înainte de diagnostic, era obișnuit cu un stil de viață ce îi oferea o serie de beneficii pe termen scurt în confruntarea cu stresurile zilnice), dar și asupra familiei și a persoanelor apropiate bolnavului. **Bolnavul cardiac este astfel constrâns „să își ordoneze întreaga viață în funcție de nevoile inimii sale” (14).**

Adaptarea psihologică la statutul de bolnav cardiovascular, cu tot ceea ce presupune această afecțiune, se realizează prin intermediul mecanismelor de *coping*, iar tipurile de mecanisme (respectiv adaptative sau dezadaptative) își pun amprenta asupra evoluției ulterioare a bolii, influențând-o în sens favorabil sau defavorabil.

Coping-ul influențează percepția individului asupra stării de boală, dar și modul în care se raportează la aceasta, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. Identificarea tipurilor de mecanisme utilizate preponderent în procesul adaptării la boala cardiacă reprezintă o etapă esențială în managementul interdisciplinar al acestei boli.

În elaborarea strategiei de adaptare la diversele situații de viață, indivizii nu folosesc un mecanism singular, ci **o gamă întreagă de mecanisme, având o ordonare și o ierarhie proprie individului și formând un adevărat „profil adaptativ” al acestuia**. Studiile privind *coping*-ul au evidențiat faptul că acesta este influențat de o serie de variabile independente, de genul celor socio-demografice (gen, vârstă, religie etc.), dar și de tipul de personalitate, de tipul de boală și durata acesteia, de calitatea percepută a vieții, de comorbidități, de stres posttraumatic etc.

Literatura de specialitate privind ajustarea psihologică a pacienților cu boli cardiovasculare evidențiază stilurile de *coping* ale bolnavilor cu insuficiență cardiacă cronică, infarct miocardic sau hipertensiunea arterială.

Stephen Buetow, Felicity Goodyear-Smith și Gregor Coster (2001) au intenționat să dezvolte un cadru conceptual pentru adaptarea psihologică a pacienților cardiovasculari la boală, cadru ce urma să fie utilizat în practica medicului de familie pentru managementul bolii pacientului (15).

Autorii au descris 4 strategii de *coping* orientat spre emoție utilizate de pacienții intervievați: *evitarea, dezavuarea, negarea și acceptarea*, iar ca variabile modatoare: vârsta pacientului, timpul scurs de la diagnostic și limitarea funcțiilor fizice raportată în ultima lună. Conform acestei lucrări, mecanismele de *evitare* și de *acceptare* au înregistrat o predominanță scăzută la pacienții cu vârstă sub 65 ani, indiferent de timpul scurs de la diagnostic, o predominanță moderată la pacienții peste 65 ani cu o vechime a diagnosticului sub 3 ani și predominanță ridicată la

pacienții sub 65 ani cu o vechime a diagnosticului de peste 3 ani. Mecanismul de *negare* nu a fost înregistrat la niciun pacient, pe când *dezavuarea* a înregistrat cea mai ridicată predominanță la toți pacienții, indiferent de vârstă și vechimea diagnosticului, cu excepția pacienților sub 65 ani și cu o vechime a diagnosticului de peste 3 ani (predominanță moderată).

Limitarea funcției fizice recente atribuite insuficienței cardiace a fost evaluată pe două dimensiuni: limitare moderată și moderat-severă. La pacienții cu limitare moderată s-a constatat o utilizare foarte frecventă a mecanismelor de *evitare*, *dezavuare* și *acceptare*, pe când la cei cu limitare moderat-severă *evitarea* și *acceptarea* au înregistrat un nivel moderat, iar *dezavuarea* un nivel înalt.

1. Coping-ul evitativ al pacienților se referă la evitarea informației despre boală, în special dacă este defavorabilă, la „minimalizare pentru a reduce excitația emoțională” (16), la minimalizarea confruntării cu realitatea inacceptabilă, dar și la o dependență de medici și personalul de îngrijire, transferând asupra acestora responsabilitatea bolii. *Coping-ul* emoțional evitativ poate fi eficient pe termen scurt, având drept efect o reducere a anxietății, dar este dezadaptativ pe termen lung, deoarece scade complianța terapeutică și capacitatea de a lua decizii proprii în managementul bolii.

Evitarea, cu două subtipuri de *coping*: **angajarea în activități alternative și căutarea contactelor sociale**, a fost înregistrat și de Rydlewska A. și colab. (2013) la 28% dintre subiecții investigați, alături de o prevalență a *coping-ului* orientat spre problemă la 35% dintre subiecți și a *coping-ului* emoțional la numai 7%, pe un lot de 46 de subiecți cu insuficiență cardiacă sistolică, cu vârste între 48 și 72 de ani (17). Studiul a evidențiat o asociere între *coping-ul* emoțional și severitatea simptomelor depresive, atât la nivel afectiv, cognitiv, cât și somatic.

Stiluri de *coping* evitativ sunt reprezentate și de **pasivitatea mentală** – ce constă în evitare prin distragerea atenției și implicarea în diverse activități cu rol relaxant – și **pasivitatea comportamentală**, ce constă în reducerea efortului sau abandonarea angajării ca răspuns la stres (conform scalei COPE). Aceste modalități de *coping* au fost înregistrate mai frecvent la bărbați decât la femei, la pacienții diagnosticați cu mai mult de un an în urmă, a celor cu anxietate ridicată și cu depresie moderată până la severă, și la cei cu o afectare globală și severă a calității vieții (18).

2. Dezavuarea (minimalizarea sau negarea pozitivă) este un mecanism de *coping* ce presupune o disociere: înțelegerea, pe de o parte, a amenințării presupuse de boală, iar pe de altă parte minimalizarea impactului informațiilor despre boală pentru ameliorarea stresului. Pacienții caută să reinterpreteze pozitiv amenințarea bolii, astfel dobândind speranță în lupta cu afecțiunea cardiacă. Buetow și colab. afirmă că acest mecanism a fost caracteristic tuturor pacienților investigați, indiferent de vârstă, de perioada scursă de la diagnostic (ușor mai frecventă la pacienții mai tineri, diagnosticați recent) sau de gradul limitărilor înregistrate (15). *Dezavuarea* este caracterizată de elaborări mintale de genul raționalizării sau minimalizării, ce au drept scop **formarea unor iluzii pozitive cu privire la boală**, ajutându-i pe pacienți să reducă astfel stresul condiției lor medicale.

3. **Negarea** se referă la refuzul de a crede sau de a accepta realitatea exterioară amenințătoare. Acest mecanism distorsionează realitatea și împiedică pacienții să caute ajutor pentru problema lor, deoarece ei nu cred că au cu adevărat o problemă, amenințarea bolii fiind plasată în exteriorul persoanei. În studiul citat, acest mecanism nu a fost înregistrat la niciunul dintre pacienți, rezultat inconsistent cu alte studii care l-au evidențiat la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică. Astfel, Farcaș și Năstasă afirmă că 45,3% dintre pacienții grupului de studiu folosesc acest mecanism, înregistrând o corelație negativă cu vârsta și cu durata bolii (18).

4. Cel mai frecvent mecanism de *coping* utilizat de pacienții cu insuficiență cardiacă cronică, dar și de cei care au suferit un infarct miocardic, este **acceptarea**, care se referă, conform chestionarului COPE (19), la două situații: *acceptarea realității factorului amenințător în vederea acționării asupra lui și/sau acceptarea faptului că nu se poate face nimic pentru a ameliora situația* (18, 20). Pacientul recunoaște validitatea diagnosticului și se resemnează în fața realității și a amenințării presupuse de boală (15). **Acceptarea** este mai frecventă la pacienții mai vârstnici, cu o durată a bolii mai lungă de un an, având mai multe comorbidități și cu un nivel mai scăzut al anxietății și al depresiei, și mai scăzută la pacienții cu depresie moderată până la severă (47,3%) și la cei la care este prezentă agravarea marcată a stării fizice (18). *Tabelul 1* prezintă procentele înregistrate de pacienți la utilizarea mecanismelor de *coping* măsurate cu scala COPE de către Farcaș și Năstasă.

Tabelul 1. Mecanisme de *coping* utilizate de pacienții din grupul de studiu (după Farcaș A.D. și Năstasă L.E., 2011, *Coping-ul la pacienții cu insuficiență cardiacă*)

Mecanism coping	P4/P total*
Acceptarea	69,3% (104)
Căutarea suportului social	68,0% (102)
Religia	64,0% (96)
Pasivitatea mentală	60,0% (90)
Gândirea pozitivă	58,6% (88)
Negarea	45,3% (68)
Descărcarea emoțională	44,0% (66)
Pasivitatea comportamentală	42,0% (63)

*P4/P total – numărul pacienților care au răspuns „folosesc frecvent” divizat la numărul total de pacienți din grupul de studiu

5. **Religia** (sau *apelul la religie*) este citată ca mecanism de *coping* atât de către Farcaș și Năstasă la un procent important din grupul de studiu (68%), cât și de (15) ca (re)sursă a sănătății spirituale ce favorizează utilizarea mecanismului

dezavuării în confruntarea cu amenințarea bolii cardiace. Carver și colab. consideră că *orientarea spre religie* are funcții multiple: de *reinterpretare pozitivă*, de *suport emoțional* sau de *coping activ* pentru confruntarea cu stresorul (19). *Reinterpretarea pozitivă* îi ajută pe pacienți să își reconstruiască în mod pozitiv imaginea despre boală și moarte (un nou început, „învierea” promisă de creștinism). Beneficiile acestei strategii de *coping* constau în adoptarea unor comportamente sanogenetice (postul, rugăciunea, participarea la slujbele religioase) și reprezintă o resursă importantă în lupta cu boala, deoarece diminuează distress-ul și favorizează producerea eustress-ului, atât de important în recuperarea medicală (21). Religia apare ca mecanism de *coping* mai frecvent la pacienții mai vârstnici, cu o durată mai lungă a bolii, cu mai multe comorbidități și cu o afectare a laturii emoționale a calității vieții (18).

6. Căutarea suportului social este, de asemenea, un mecanism de *coping* menționat de multe lucrări ca fiind frecvent utilizat de bolnavii cardiaci (17, 18, 22). Acest mecanism se concretizează fie prin latura sa *instrumentală* (*coping activ*): solicitarea de sfaturi și informații cu privire la boală, de la medicul curant ori din alte surse (pliante informaționale, reviste și emisiuni medicale de profil, alți bolnavi) – înregistrat mai frecvent la bărbați, fie prin latura *emoțională* (*coping emoțional*): apelul la familie, prieteni pentru înțelegere, compasiune, suport moral – mai frecvent utilizat de femei (18, 23).

7. Niveluri înalte ale coping-ului emoțional au fost asociate cu emoții negative puternice și atitudine defavorabilă față de boală, spre deosebire de niveluri înalte ale *coping-ului* orientat spre problemă, ce se asociază cu niveluri scăzute ale depresiei și cu o atitudine favorabilă față de boală (24). De asemenea, utilizarea frecventă a *coping-ului emoțional* a fost asociată cu un risc mai mare de hipertensiune la pacienții cu un index de masă corporală mare, istoric familial de hipertensiune, diabet și hipercolesteremie, pe când utilizarea *coping-ului orientat spre problemă* a fost asociată cu un risc semnificativ mai scăzut pentru HTA (25).

Un alt studiu, relativ mai recent, menționează că pacienții care folosesc predominant strategii de *coping* maladaptative – orientate spre *emoție* sau spre *evitare* – raportează mai multe simptome comorbide (20).

8. Stilul optimist de coping, măsurat cu scala de *coping* a lui Jalowiec, a fost raportat drept cea mai utilă modalitate de *coping* utilizată de subiecții taiwanezi care au suferit un infarct miocardic (27).

O metaanaliză realizată în 2003 de Kristofferzon, Löfmark și Carlsson a evidențiat **diferențele în percepția coping-ului și a suportului social dintre bărbații și femeile** care au suferit un infarct miocardic (27). Conform acestui studiu, femeile utilizează mai multe mecanisme de *coping* decât bărbații, minimizând impactul bolii și având tendința de a întârzia prezentarea la medic pentru tratament. Spre deosebire de acestea, bărbații își implică frecvent soțiile în procesul de recuperare, își reiau munca și caută să își mențină forma fizică. Femeile au raportat un mai mic suport social decât bărbații, au primit mai puține informații despre boală și s-au confruntat cu neîncrederea personalului de îngrijire. Concluzia acestui studiu a fost aceea că sex-rolurile tradiționale pot influența recuperarea pacienților cu infarct miocardic. Doi ani mai târziu, aceiași autori suedezi au realizat un studiu cu design longitudinal privind *coping-ul*, suportul social și calitatea

vieții după un infarct miocardic și diferențele de gen după 1, 4 și, respectiv, 12 luni de la evenimentul cardiac. Studiul nu a înregistrat diferențe semnificative în timp, dar a evidențiat următoarele: *coping*-ul fatalist avea tendința să se diminueze în timp la bărbați, iar femeile au utilizat un *coping* mai evaziv decât bărbații la 4 și 12 luni după infarctul miocardic (27).

Concluzii

Caracterul cronic al bolii cardiovasculare presupune o serie de modificări în stilul de viață al persoanei diagnosticate, modificări cu un impact important asupra calității vieții acestuia.

Exceptând cazurile malformațiilor congenitale, diagnosticul bolii cardiace este, în majoritatea cazurilor, „rezervat” unei vârste la care instalarea **tabieturilor de o viață face dificilă adoptarea schimbării** și a unui stil de viață diferit de cel pe care omul era obișnuit să îl ducă. Începând cu momentul diagnosticării, individul parcurge, pe rând, șocul, negarea, revolta, minimalizarea, negocierea, tristețea și, într-un final, acceptarea bolii și inițierea unui comportament menit să-i amelioreze condiția medicală sau percepția acesteia. Tot acest proces nu reprezintă decât adaptarea individului la schimbarea apărută în viața sa, schimbare ce aduce cu ea un stres major, în confruntarea cu care individul angajează mecanismele de *coping*.

Studiile citate în acest capitol au evidențiat o **predominanță a copingului emoțional și a formelor pasive de coping** la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică și la cei care au suferit un infarct miocardic. Evaziunea din situația stresantă este realizată fie prin evitarea confruntării directe cu informațiile cu potențial impact negativ, dar și prin evitarea angajării în comportamente ce ar fi fost necesare în managementul bolii. *Coping*-ul evitativ și cel pasiv au efecte negative asupra evoluției bolii, deoarece scad complianța terapeutică și minimizează implicarea personală a pacientului în autoîngrijire, respectiv în programul terapeutic.

Un mecanism de *coping* înregistrat frecvent a fost **acceptarea**, fiind asociat cu o scădere a nivelului anxietății și a depresiei la pacienții mai vârstnici și cu o durată a bolii mai lungă. Au fost citate și alte mecanisme de *coping* cu efecte favorabile asupra evoluției bolii: **apelul la religie, optimismul, căutarea suportului social - emoțional și instrumental**. Apelul la religie aduce beneficii bolnavilor cardiaci prin adoptarea, de către aceștia, a unor comportamente cu efecte benefice pentru starea de sănătate (postul, rugăciunea, participarea la slujbele religioase, suportul social al comunității religioase etc.). De asemenea, starea de bine obținută prin rugăciune și furnizarea speranței poate promova vindecarea și îmbunătățirea calității vieții. Menținerea unei gândiri și atitudini optimiste reprezintă cea mai bună modalitate de *coping* în confruntarea cu evenimentele stresante și cu starea de boală.

Suportul social este important pentru evoluția favorabilă a bolii, fiind considerat o formă de *coping* emoțional dacă se urmărește obținerea unui suport emoțional, a unor reasigurări cu efecte pozitive, și o formă de *coping* activ, orientat

spre problemă, dacă se urmărește obținerea de sfaturi sau de suport instrumental. Aceste două forme se pot facilita reciproc, însă **coping-ul orientat spre problemă este considerat mai eficient** pentru că urmărește activ înlăturarea problemei, respectiv implicarea în autoîngrijire, solicitarea de informații medicale, ducând la creșterea complianței terapeutice. **Coping-ul emoțional este eficient pe termen scurt** pentru minimalizarea impactului negativ al problemei, însă pe termen lung devine dezadaptativ și cu efecte negative asupra evoluției bolii, putându-se ajunge chiar la abandonul tratamentului.

Cunoașterea modului în care bolnavii cardiaci se adaptează la această condiție medicală este necesară pentru elaborarea programelor de management al bolii cardiovasculare. În îngrijirea acestor bolnavi este esențială furnizarea speranței, pentru a le ameliora tensiunea emoțională și pentru a le stimula implicarea în autoîngrijire. De asemenea, este nevoie ca aceștia să **își însușească mecanisme de coping adaptative și active (acceptarea, apelul la religie și la suportul social, optimismul și reinterpretarea pozitivă)** și un stil de viață sanogenetic, care să le îmbunătățească calitatea vieții și percepția asupra stării de boală.

Bibliografie

1. Iamandescu I.B., (2007) – *Comportament și sănătate*, Ed. Amaltea, București.
2. Folkman S., Lazarus R., (1984) – *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New York.
3. Handbook of Psychology, Vol. 09 – Health Psychology, (2003) – *Coping and Social Support*, John Wiley & Sons Inc., Hoboken, New Jersey.
4. Cameron L., Leventhal E.A., & Leventhal H. (1993) – Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a community-dwelling, adult sample population, *Health Psychology*, 12(3), 171-179.
5. Lau R.R., Bernard T.M., Hartman K.A. (1989) – Further exploration of common sense representations of common illnesses, *Health Psychology*, 8, 167-185.
6. Greer S., Morris T., Pettingale K.W. (1979) – Psychological response to breast cancer: Effect on outcome, *Lancet*, 2(8146), 785-787.
7. Edwards J.R., Cooper C.L., Pearl S.G. de Paredes E.S., O'Leary T., Wilhelm M.C. (1990) – The relationship between psychosocial factors and breast cancer: Some unexpected results, *Behavioral Medicine*, 16(1), 5-14.
8. McKenna M. C., Yevon M.A., Corn B., & Rounds J. (1999) – Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis, *Health Psychology*, 18, 520-531.
9. Chen C.C., Davod A.S., Nunnerley H., Mitchell M., Dawson J.L., Berry H. (1995) – Adverse life events and breast cancer: Case-control study, *British Medical Journal*, 311, 1527-1530.
10. Felton B., Revenson T., Hinrichsen G (1984) – Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults, *Social Science Medicine*, 10, 889-898.
11. Scharloo M., Kaptein A.A., Weinman J., Hazes J., Breedveld F., Rooijmans H. (1999) – Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis, *Journal of Rheumatology*, 26, 1686-1693.

12. Pakenham K. (1999) – Adjustment to multiple sclerosis: Application of a stress and coping model, *Health Psychology*, 18(4), 383-392.
13. Carver C.S., Pozo C., Harris S., Noriega V., Scheirer M.F., Robinson D.S. (1993) – How coping mediates the effect of optimism on distress. A study of women with early stage breast cancer, *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
14. Ruediger Dahlke, (1992) – *Boala ca şansă: cum să descifrăm mesajul ascuns al bolii*, Ed. Trei, București.
15. Buetow S., Goodyear-Smith F., Coster G. (2001) – Coping strategies in the self management of chronic heart failure, *Family Practice*, Vol. 18, Nr. 2, Oxford University Press.
16. Croyle R.T., Ditto P.H. (1990) – Illness cognition and behaviour: an experimental approach, *J. Behav. Med.*, 13: 31-50.
17. Rydlewska A. et al., (2013) – Coping styles in patients with systolic heart failure, *Przegl Lek*, 70 (1): 15-8.
18. Farcaș A.D., Năstasă L.E. (2011) – *Coping in patients with heart failure*, Bulletin of the Transilvania University of Brașov, VII: Social Sciences? Law?, Vol. 4(53), No. 2.
19. Carve C.S., Scheier M. F., Weintraub J.K. (1989) – Assessing coping strategies: A theoretically based approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
20. Chung M.C., Berger Y., Rudd H. (2008) – Coping with posttraumatic stress disorder and comorbidity after myocardial infarction, *Compr. Psychiatry*, 2008 Jan-Feb, 49(1): 55-64, Epub 2007 Oct 24.
21. Iamandescu I.B., (2010) – *Manual de psihologie medicală*, Ed. Infomedica, București.
22. Kristofferzon M.L., Löfmark R., Carlsson M., (2003) – Myocardial infarction: gender differences in coping and social support, *J. Adv. Nurs.*, 2003 Nov., 44 (4): 360-74.
23. Riegel B., Gocka I., (1995) – Gender differences in adjustment to acute myocardial infarction, *Heart Lung*, 1995 Nov-Dec, 24(6):457-66.
24. Wrześniewski K., Skuza B., Buczyńska R., Kołodziejek J., (1994) – Styles of coping with stress and emotional reactions of patients after myocardial infarction, *Pol. Tyg. Lek.*, 1994 Jun 20-27, 49 (25-26), 596-8.
25. Miller S.M., Leinbach A., Brody D.S., (1998) – Coping style in hypertensive patients: nature and consequences, *J. Consult. Clin. Psychol.*, Jun, 57 (3): 333-7.
26. Chiou A., Potempa K., Buschmann M.B. (1997) – Anxiety, depression and coping methods of hospitalized patients with myocardial infarction in Taiwan, *Int. J. Nurs. Stud.*, 1997 Aug, 34(4): 305-11.
27. Kristofferzon M.L., Löfmark R., Carlsson M., (2005) – Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction, *J. Adv. Nurs.*, 2005 Oct., 52(2): 113-24.

CAPITOLUL 9

ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE APLICATE ÎN BOALA CARDIOVASCULARĂ (II)

III. Psihoterapia suportivă versus alte forme de psihoterapie în bolile cardiovasculare

Andreea-Corina Ropoteanu, Anisia Popa

*„Să vrei să fii vindecat este începutul vindecării.”
(Lucius Seneca, cu 2000 de ani în urmă)*

A. Psihoterapia suportivă. Domeniu de definiție

Deseori debutul bolilor cardiovasculare se produce brusc. S-au observat, în timp, diferențe, uneori semnificative, în rezultatele obținute în intervențiile terapeutice, cu repercusiuni în evoluția ulterioară a patologiei sau chiar în salvarea vieții. Pacienții își pot îmbunătăți **calitatea vieții** dacă sunt complianți la tratament și la sfaturile medicilor și dacă se implică activ în terapie.

„O serie de cercetări au arătat că sunt numeroase acțiuni de feedback între SNC (sistemul nervos central), SE (sistemul endocrin) și SI (sistemul imunitar). Se atribuie o importanță majoră intervenției SNC și a SE la nivelul proceselor de imunomodulație și s-a demonstrat existența de legături directe între SNC și sistemul limfatic, ceea ce, între altele, confirmă legitimitatea ipotezelor psihoimunologice (Andreoli, 1989) (1).

Studiile medicale au demonstrat că în patologia cardiacă se identifică un „set” de simptome fizice specifice, de debut și/sau de evoluție, cum ar fi: tulburări de ritm cardiac, dispnee, transpirație aparent fără cauză, astenie fizică, palpitații, insomnii.

Studiile psihologice au demonstrat că aceleași simptome fizice sunt întâlnite la persoanele diagnosticate cu tulburări anxioase (generalizată, de separație, socială), atacuri de panică, fobii, tulburări de stres posttraumatic, obsesiv-compulsive. S-a constatat că multe dintre aceste persoane au fost, mai devreme sau mai târziu, diagnosticate cu o boală cardiacă. S-a identificat astfel o corelație între tulburările afective și patologia cardiacă, prin cercetările făcute privind modificările

substanțelor, și a nivelului concentrațiilor acestora, implicate în mecanismele de reglare neurohumorală.

Cunoașterea acestor particularități fizice, comportamentale, motivaționale, oferă date importante în evaluarea pacienților și în instituirea unei psihoterapii suportive eficiente.

„Medicului îi incumbă o reală răspundere în a susține *efectele pozitive* ale bolii și în a combate *efectele negative*. Trebuie ca el să lupte împotriva «cercurilor vicioase», care duc la depresie și la viziune pesimistă – punctul de plecare fiind ceneștea perturbată și durerea“ (1. și colab.).

Psihoterapia suportivă

Este o formă de psihoterapie aplicată pe o durată scurtă de timp unui bolnav acut sau cronic care conduce la o „întărire a mecanismelor de apărare existente și refacerea mecanismelor adaptative, tulburate de boală.“ (2). Reprezintă un mijloc prin care pacientul se simte mai sigur, acceptat, încurajat, i se oferă un suport și empatie. După cum sugerează denumirea, este o psihoterapie de sprijin, recomandată în situații de criză, care nu intervine în modificarea structurii personalității pacientului. Numărul de ședințe de psihoterapie suportivă, spre deosebire de alte terapii, este mai mic, costurile sunt mai reduse, modul de lucru mai direct, iar obiectivul este foarte concret și de cele mai multe ori imediat.

Psihoterapia suportivă are ca scop educarea și încurajarea pacientului, favorizarea descărcării emoționale cu consecințe în scăderea anxietății (identificată la cei mai mulți pacienți, atât în declanșarea cât și în întreținerea și/sau agravarea afecțiunilor cardiace).

„Cu pacienții somatici, scopul psihoterapiei este de a obține o reducere a comportamentelor ostile față de anturaj, de a diminua dorința de a avea control asupra întregului proces terapeutic, chiar dacă acesta nu este înțeles în totalitate“ (3).

De exemplu, pacientul poate fi susținut atunci când există indicație pentru o intervenție chirurgicală. Astfel, poate crește complianța terapeutică, timpul necesar pentru recuperare scade, calitatea acesteia este semnificativ, crescută.

Obiectivele psihoterapiei suportive sunt:

- înțelegerea stării pe care o traversează pacientul;
- crearea unei atmosfere de acceptare și securitate;
- mobilizarea forțelor adaptative;
- redobândirea abilităților sociale (relaționare interumană mai ușoară),
- determinarea complianței terapeutice a pacientului, ceea ce ajută la menținerea în limite normale a stării de sănătate;
- dobândirea unui sentiment de participare la viața colectivă;
- modificarea comportamentului predispozant la boli cardiace.

Psihoterapia suportivă poate fi aplicată de către psiholog, dar poate fi aplicată și de medic sau asistentă în condițiile în care aceștia au fost pregătiți în acest scop.

Pentru a facilita întregul proces terapeutic, intervenția se aplică persoanei aflate în suferință, dar se acordă în același timp suport și familiei acesteia.

Mijloacele prin care terapia suportivă realizează toate acestea, sunt (2 și colab.):

- îndrumarea;
- persuasiunea;

- încurajarea;
- catharsisul;
- presiunea și coerciția;
- desensibilizarea;
- exteriorizarea intereselor;
- manipularea mediului.

În vederea atingerii obiectivelor, au fost propuse diferite **tipuri de psihoterapie**:

1. individuală – se desfășoară de obicei în cadru instituționalizat, în unitățile sanitare, în cabinet sau la patul bolnavului, și sprijină pacientul în depășirea situației de afecțiune acută sau realizează pregătirea psihologică pre- și postoperator;
2. de grup – favorizează exprimarea emoțiilor și a credințelor referitoare la boală, schimbul de informații referitoare la experiența individuală;
3. familială – sprijină adaptarea și reorganizarea structurii familiale ținând cont de particularitățile stării de boală;
4. de cuplu – adaptarea relației de cuplu la situația nou creată.

B. Tipuri de abordări psihoterapeutice

Înțelegerea corectă a atitudinii pacientului față de condiția de boală conduce la alegerea celor mai eficiente tehnici care pot conduce la rezultatul dorit.

„În medicină este foarte important ca medicul și psihologul clinician să identifice exact care sunt disonanțele cognitive din atitudinile pacientului. Teoria disonanței cognitive aduce argumente pentru faptul clinic – observat destul de frecvent – că persoanele investesc multă energie pentru a-și menține atitudinile în dezacord cu situațiile de boală” (3 și colab.).

Cu alte cuvinte pacienții găsesc „motivații” pentru anumite comportamente cum ar fi consumul de alcool, retragerea socială etc.

O contribuție importantă în psihosomatică o are Sigmund Freud. Dar o psihoterapie de scurtă durată, strategică, a dezvoltat Paul Watzlawick, iar Milton Erickson prin abordarea în manieră personală a hipnozei, a reușit tratarea afecțiunilor funcționale și psihosomatice prin ceea ce se numește „psihoterapii scurte”.

1. Abordările psihoterapeutice utilizate

Psihoterapii dinamice (de exemplu, psihoterapia psihanalitică, psihoterapia analitică, terapii dinamice de scurtă durată etc.)

Abordarea psihodinamică – simptomele sunt considerate a fi manifestarea conflictului intrapsihic, a cărui origine s-ar afla într-un stadiu precoce sau anterior dezvoltării individuale.

Prin intermediul asociațiilor libere, al interpretărilor, al analizei viselor, tehnici specifice acestei abordări sunt aduse la nivel conștient, mecanismele inconștiente care au stat la baza dezvoltării simptomelor. Cea mai importantă componentă este ascultarea.

Pacientul este ascultat cu mai multă atenție și încurajat să vorbească despre problemele lui cât mai mult posibil.

Psihoterapii cognitiv-comportamentale (de exemplu, psihoterapie cognitivă, psihoterapie comportamentală și psihoterapie rațional-emoțională și comportamentală etc.)

Modelele de gândire disfuncțională conduc la comportamente de tip dezadaptativ și la trăiri negative, cu repercusiuni în plan somatic.

Abordarea cognitiv-comportamentală urmărește restructurarea cognitivă. În procesul terapeutic sunt identificate noi modele de gândire, mai adecvate și comportamente corespunzătoare, generatoare ale unei stări de bine, de echilibru emoțional.

Psihoterapii ericksoniene (de exemplu, psihoterapie ericksoniană, hipnoza ericksoniană, tehnici de relaxare etc.);

M. Erickson a dezvoltat tehnici de intervenție, după principiul că fiecare om are resursele de care are nevoie pentru a rezolva orice problemă. Uneori, accesarea resurselor este blocată. Intervenția terapeutului, facilitează accesarea lor din inconștient, prin abordarea indirectă și permisivă a pacientului. Aceasta se realizează prin intermediul comunicării analogice și metaforice. După părerea lui Milton Erickson, hipnoza definește un comportament neobișnuit, însă normal, care în anumite condiții, poate fi indus atât persoanelor normale cât și persoanelor cu tulburări sexuale, fobii, anxietate, atacuri de panică, depresie sau tulburări psihosomatice etc.

2. Tehnicile de relaxare

Respirația profundă, relaxarea progresivă a mușchilor, hipnoza, imageria dirijată, și alte tehnici pot îmbunătăți relaxarea corpului.

J.H. Schultz, psihiatru german, a realizat o tehnică de relaxare, publicată pentru prima dată în 1932. Această tehnică de relaxare, numită training autogen, induce starea de relaxare prin practicarea zilnică timp de 15 minute a vizualizării. Prin intermediul acestei tehnici, verificată și fundamentată științific, se poate atinge o stare interioară de profundă relaxare, psihomentală și fizică.

O altă metodă de relaxare, realizată de către Edmund Jacobson, este relaxarea progresivă a mușchilor. Jacobson a descoperit relația dintre tensiunea musculară și tensiunea psihologică. Se numește progresivă, pentru că în timpul exercițiilor se face trecerea de la un grup de mușchi la altul.

Pentru obținerea unui efect optim, terapia se adaptează la particularitățile subiectului, utilizând mai multe metode.

Relaxarea contribuie la reducerea nivelului anxietății, a percepției durerii (scade necesarul de analgezice), la scăderea incidenței depresiei, la controlul stărilor de epuizare și iritabilitate în perioada postoperatorie. De asemenea, s-a observat scăderea frecvenței respiratorii și a tensiunii arteriale. Aceste efecte contribuie la inducerea și menținerea anesteziei și scade riscul unui nou infarct.

3. Psihoterapia prin artă – muzicoterapia

Din cele mai vechi timpuri, sunetele emise în armonie de vocea umană, dar și de vibrația unor obiecte lovite (devenite ulterior instrumente), au însoțit momentele de odihnă, individuală sau colectivă, în ritualurile religioase, în procesul muncii, pentru inducerea somnului sau tămăduitoare (descântecul). Cercetări

relativ recente referitoare la influența sunetelor armonice asupra emoțiilor și a manifestărilor lor, au demonstrat că: „Scăderea ritmului cardiac și a tensiunii arteriale indusă prin ascultarea muzicii a fost asociată cu reducerea semnificativă a nivelului hormonilor stresului, precum norepinefrina, cortizolul și ACTH.” (4)

În terapie, muzica este selectată și utilizată după anumite reguli. Acestea sunt adaptate afecțiunii somatice căreia îi este destinată, psihologiei bolnavului, condiției sociale, culturale, preferențiale etc.

Psihoterapii scurte (de exemplu, terapia scurtă focalizată pe soluție, orientarea pe competențe și resurse, abordările constructivist-colaborative și narrative etc.).

Psihoterapii umanist-existențiale-experiențiale, sistemice și transpersonale (de exemplu, gestalt-terapie, logoterapie, psihodramă, psihoterapie experiențială, analiza tranzacțională etc.).

Intervenția psihoterapeutică este susținută de sprijinul afectiv oferit de familie, prieteni, sfaturile doctorului care însoțește asistența medicală sau îndrumarea religioasă oferită de preot. În toate aceste cazuri este vorba de reechilibrarea emoțională a persoanei aflate în suferință, dar căreia i se răspunde diferit, în funcție de persoana la care apelează. Cu ajutorul psihoterapiei suportive se pot învăța strategii de *coping* eficiente. Toate acestea combinate contribuie la atingerea stării de bine, cu consecințe favorabile în ameliorarea și/sau vindecarea patologiei cardiace.

Uneori, se constată necesitatea suportului psihologic continuu, pe o perioadă mai lungă de timp.

Bibliografie

1. Athanasiu A. (1998) – *Tratat de psihologie medicală*, Ed. Oscar Print, București.
2. Iamandescu I.B. (2010) – *Manual de psihologie medicală*, Ed. Infomedica, București.
3. Cosman D. (2010) – *Psihologie medicală*, Ed. Polirom, Iași.
4. Iamandescu I.B. (2011) – *Muzicoterapie receptivă*, ediția a II-a, Ed. Fundației „Andrei Șaguna”, Constanta.

IV. Tehnici de relaxare și hipnoterapie în bolile cardiovasculare

Andreea-Corina Ropoteanu, Daniela-Ancuța Juncu

1. Stresul psihic și bolile cardiovasculare

Bolile de inimă constituie în prezent una dintre principalele cauze ale mortalității, atât în țările dezvoltate, cât și în cele mai puțin dezvoltate (1).

Numeroase studii consideră că apariția bolilor de inimă are la bază o combinație de factori printre care menționăm: antecedentele familiale, un stil de viață

defectuos caracterizat prin sedentarism, obezitate, o alimentație bogată în grăsimi și colesterol, consum de alcool, fumat (comportamente iatrogene) și stresul emoțional prelungit.

Pentru unii cercetători stresul reprezintă un eveniment ce produce tensiune sau îngrijorare, iar alții privesc stresul ca pe o percepție individuală a unui eveniment – modul în care un individ interpretează situația prin prisma propriei subiectivități.

Anumite particularități individuale precum cele cognitive, afective, motivațional-aspiraționale și voliționale au un rol deosebit în apariția și amploarea cu care este perceput stresul psihic, iar un fond general de vulnerabilitate la stres sau de fragilitate emoțională poate favoriza instalarea unor afecțiuni psihosomatice variate.

Agenții stresori, reprezentați de o paletă largă și variată de stimuli, fie cu o semnificație negativă pentru individ (distress), fie cu una intens pozitivă (eustress) acționează asupra individului pe calea organelor de simț, cu proiecție corticală, rezultatul acestora fiind o stare de tensiune resimțită ca urmare a activării centrilor neuro-vegetativi și punerii în funcțiune a sistemului simpato-adrenergic și a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal, cu eliberarea de hormoni și punerea în tensiune a tuturor organelor și a aparatelor organismului (2).

Există legături directe între creier și inimă. Sistemul nervos simpatic stimulează receptorii din inimă, făcând-o să bată mai repede și mai puternic și putând produce un spasm al arterelor coronare. Pe de altă parte, creierul transmite altor organe mesajul de a elibera hormonii de stres cum sunt adrenalina, steroizii și cortizolul, care sunt transportate prin sânge până la inimă. Ca urmare a eliberării acestor hormoni, mușchii încep să se contracte, metabolismul se accentuează punându-ne la dispoziție mai multă energie pentru „luptă sau fugă”, ritmul cardiac și cantitatea de sânge propulsat cu fiecare bătaie a inimii cresc, arterele brațelor și ale membrelor inferioare se îngustează pentru ca în cazul unei leziuni să se piardă mai puțin sânge, iar acesta se coagulează mai repede tot din același motiv. Aceste mecanisme s-au dezvoltat în decursul evoluției omenirii timp de milenii, pentru a ne asigura supraviețuirea (3).

Preluând ideile lui Hipocrate care considera că boala nu este numai suferință, ci și uzură, vătămare, efortul pentru a reveni la starea normală, Selye descoperă mecanismele de adaptare a organismului la acțiunea agenților stresori identificând astfel reacțiile de apărare, reunindu-le sub denumirea de sindrom general de adaptare.

Stresul prelungit indus de către stresorii cronici se dovedește a fi nociv într-un mod special. Adesea, stresul cronic erodează capacitatea persoanei de a se adapta și poate conduce la probleme serioase de sănătate. Chiar dacă stresul cronic se dovedește a fi greu de controlat, totuși efectele sale pot fi diminuate într-o oarecare măsură dacă persoana agresată primește un puternic suport social provenit din partea grupului ce îl înconjoară. Studiile indică faptul că aceste grupuri pot îmbunătăți statusul mental dezechilibrat, de genul depresiei și stărilor asociate unui risc accentuat de îmbolnăvire, cum ar fi: presiunea sangvină ridicată și un nivel crescut de colesterol.

Hiperactivarea cronică provocată de agenți stresori cu acțiune prelungită poate conduce la declanșarea unei boli cardiace, atunci când vasele de

sânge care aprovizionează mușchii cardiaci sunt îngustate sau obturate, limitând fluxul de oxigen și de substanțe nutritive care ar trebui să ajungă la inimă (4).

Se instalează astfel o durere puternică ce radiază în piept și brațe, numită angină pectorală. Dacă accesul oxigenului la inimă este blocat, poate apărea infarctul miocardic. Boala cardiacă este cauza principală a morții și aproape jumătate dintre decesele anuale din SUA sunt generate de aceasta, multe având loc înaintea vârstei de 65 de ani.

Un studiu realizat pe o durată de zece ani asupra unui număr de aproximativ 900 de bărbați și femei de vârstă medie a concluzionat că atât bărbații cât și femeile cu ocupații clasificate ca fiind „înalt epuizante” prezentau un risc de boală cardiacă de 1,5 ori mai mare decât persoanele cu alte ocupații (5). Alte studii au evidențiat faptul că mamele care au un loc de muncă, spre deosebire de cele casnice, au o probabilitate mai mare de a dezvolta o boală coronariană, aceasta crescând direct proporțional cu numărul de copii (6). Studiile experimentale efectuate pe animale au demonstrat că un mediu social dezorganizat poate induce o patologie asemănătoare cardiopatiei ischemice.

În urma stabilirii unui diagnostic de către medicul specialist cardiolog, se poate instala **stresul generat de imaginea avută de pacient asupra bolii** sau de reprezentarea socială a condiției de bolnav, adică „stresul psihic secundar” (2), care vine în continuarea unui stres primar ce a contribuit într-o bună măsură la declanșarea bolii, alături de alți factori. Apar astfel variații în starea emoțională a pacientului, atât în sens negativ, cât și pozitiv, care – în urma adaptării la noua sa condiție și a stabilirii unei modalități clare de ținere sub control a simptomatologiei prin intermediul tratamentului, al modificărilor în sfera comportamentală, și în cea a stilului de viață – se stabilizează, pacientul începând să identifice treptat chiar mici avantaje sau beneficii secundare ale bolii. Sunt elemente adaptative generate de principiul homeostaziei. Pacientul tinde să țină sub control efectul negativ al bolii asupra organismului său, încă din momentul de „alarmă” în care constată că ceva funcționează diferit, și merge la medic. Un beneficiu care se poate constitui într-un factor de menținere deliberată a bolii de către pacient este legat de mediul social apropiat pacientului – familie, rude, cunoscuți, colegi de serviciu – care oferă necondiționat o atenție mai mare, asigurări, sprijin „celui aflat în suferință”.

Legătura dintre depresie și bolile cardiovasculare este binecunoscută și fundamentată științific de multă vreme: depresivii prezintă un risc mai mare de a dezvolta boli cardiovasculare, în timp ce bolile cardiovasculare dublează riscul de depresie. Pacienții cu boli cardiovasculare, în special după un infarct, devin depresivi, riscul de deces în cazul lor amplificându-se.

Oamenii de știință britanici de la Universitatea din Cardiff au observat că la depresivi oxigenarea inimii se realizează cu dificultate, arterele coronariene furnizându-i o cantitate mai mică de oxigen decât are nevoie. De asemenea, starea permanentă de încordare a depresivilor poate duce la corodarea vaselor de sânge și, implicit, la îmbolnăvirea inimii.

Pacienții care suferă în același timp de boală cardiacă și depresie își percep starea de sănătate mai alterată decât în realitate și au o **compliance mult mai mică la tratamentul de recuperare** și la cel medicamentos. De asemenea, depresia se asociază cu aspecte ale stilului de viață sub forma unor **comportamente**

iatrogene în raport cu bolile cardiovasculare, precum fumat, sedentarism, dietă necorespunzătoare, alcoolism, retragere socială, toate acestea interferând cu tratamentul specific al bolilor de inimă.

Astfel este indicată acordarea unei atenții sporite unui pacient care suferă în același timp de depresie și de o afecțiune cardiovasculară, **fiind necesar screening-ul periodic cu scale specifice de depresie**. În plus, implicarea psihologului în actul terapeutic poate da rezultate semnificative prin adoptarea unei gândiri pozitive de către pacient.

De asemenea, **stările de anxietate**, frecvente la depresivi, determină constricția vaselor de sânge și ulterior creșterea tensiunii arteriale, factor de risc cardiovascular important.

Sentimentele negative precum supărarea, mânia, furia și ura cresc semnificativ riscul bolilor de inimă, eliberarea hormonilor de stres precum adrenalina și cortizolul crescând ritmul respirației, frecvența bătăilor inimii și presiunea sângelui ca urmare a comprimării vaselor de sânge.

Individul recurge astfel la modalități de a face față situațiilor care declanșează sau agravează afecțiunile psihosomatice, între care **psihoterapia** joacă un rol important.

2. Relaxare și hipnoterapie în bolile cardiovasculare

Pacienții psihosomatici pot fi abordați psihoterapeutic în special prin **tehnici cognitiv-comportamentale**, prin învățarea de **strategii de detașare emoțională de factorii cauzali, de rezolvare a problemelor** etc. Rezultate foarte bune și rapide se pot obține prin **hipnoterapie** și prin **tehnici de relaxare**, prin administrarea de **sugestii pozitive** de îmbunătățire a imaginii de sine și de înțărare a Eu-lui.

2.1. Tehnici de relaxare

Relaxarea semnifică în sens larg „o deconectare generală a individului de activitatea sa cotidiană, mergând de la odihna activă până la forme statice de deconectare”. În sens mai restrâns, însă, relaxarea este o **tehnică psihoterapeutică și autoformativă, fundamentată științific, care urmărește realizarea unei decontractii musculare și nervoase**, având drept efect economisirea energiei fizice și psihice, creșterea rezistenței la stres a organismului și diminuarea efectelor negative ale stresului deja instalat (7). Relaxarea este o **metodă de autoreglare a stărilor psihice** care poate fi utilizată în pregătirea psihologică a sportivilor, a cosmonauților, precum și în tratamentul unor afecțiuni de tip nevrotic sau psihosomatic.

Daniel David include tehnicile de relaxare în cadrul procedurilor de intervenție cognitiv-comportamentală care pot influența pozitiv planul biologic al persoanei, în vederea remiterii tabloului clinic (8). Relaxarea produce modificări la nivel psihofiziologic în **sensul echilibrării balanței vegetative, prin reducerea activității sistemului nervos vegetativ simpatic**.

2.1.1. Tehnici de relaxare mai frecvent utilizate

♦ Relaxarea musculară progresivă Jacobson

Tehnica de relaxare musculară progresivă a lui Jacobson are o largă utilizare în psihoterapie, în special în cazul **pacienților anxioși**, și este inspirată din cercetările autorului asupra fiziologiei sistemului muscular, care i-au permis să definească relaxarea drept absența oricărei contracții musculare. Tehnica implică o serie de faze succesive, pornind de la contractarea și apoi relaxarea pe rând a diferitelor grupe musculare, ceea ce conduce treptat la extinderea relaxării asupra întregului corp. Într-o fază ulterioară, subiectul conștientizează tensiunile musculare reziduale provocate de stările afective, fiind condus treptat către relaxarea psihică. Metoda este foarte utilă, subiectul învățând pe această cale să controleze tensiunile musculare ce apar în situații care determină trăiri emoționale puternice, să le reducă în mod voluntar, fapt care conduce apoi la instalarea calmului (6).

O metodă extrem de utilă în stările de **încordare psihică puternică**, derivată din Jacobson, este cea a contracției tuturor grupelor musculare în timp ce subiectul numără până la zece și a relaxării ulterioare a întregului organism.

De asemenea, această tehnică poate fi utilă în **reducerea durerilor cronice, a pruritului, a arsurilor, a insomniilor**, a anginei pectorale, pacientul conștientizând disconfortul generat de încordarea prelungită a anumitor grupe musculare și faptul că orice senzație neplăcută, necontând originea ei, are o componentă legată de încordarea musculară, deoarece tendința naturală a corpului aflat în suferință este să cuprindă și să strângă puternic partea dureroasă.

♦ Antrenamentul autogen Schultz

O altă metodă de relaxare bine fundamentată științific, verificată experimental și clinic, și considerată a fi cea mai răspândită la ora actuală, este antrenamentul autogen Schultz. Antrenamentul autogen are la bază abordarea globală, de ansamblu, a personalității subiectului și a fost elaborată în Germania anilor 1920 de către medicul psihiatru I.H. Schultz care îl definește ca un exercițiu generat din interiorul eului. Schultz a pornit de la hipnoza fracționată a lui Oscar Vogt în cadrul căreia subiectul era hipnotizat în mod repetat, trezit, interogat cu privire la starea sa și apoi rehipnotizat, crescând profunzimea transei, iar în stare hipnotică, subiecții raportau în mod repetat reacții psihologice și fiziologice cum ar fi senzații de greutate și căldură în membre, modificări ale ritmului cardiac și respirator etc. Schultz a considerat că din moment ce aceste reacții apar de fiecare dată în mod spontan în stare de transă, ele pot fi induse prin concentrarea asupra lor, iar o atitudine relaxată și pasivă din partea subiectului este mai utilă pentru inducerea unei stări hipnotice prin intermediul exercițiilor standard, pe care a denumit-o stare autogenă (autogenerată) (7).

Scopul acestei metode constă în obținerea de către subiecți a unor reacții psihofiziologice adecvate, înlăturarea reacțiilor și a comportamentelor neadecvate și realizarea pe această cale a unei eficiențe personale și sociale crescute. Efectele acestui tip de antrenament pot fi observate de subiecți încă din primele zile de practică, aceștia obținând o serie de avantaje cum ar fi: odihna și relaxarea după efort, autorelaxarea, reducerea anxietății, autoreglarea funcțiilor autonome, reducerea durerii, întărirea eului, îmbunătățirea funcțiilor cognitive, creșterea

autocontrolului voluntar. Acesta poate fi utilizat ca însoțitor al tratamentului medicamentos în orice afecțiune somatică, însă nu înlocuiește tratamentul corespunzător bolii respective. Astăzi metoda a început să fie utilizată frecvent în medicina preventivă pentru creșterea rezistenței la frustrare și factori de stres sau în pregătirea psihologică a sportivilor de performanță.

Principiul de la care pornește această metodă constă în inducerea unei decontractii generale a organismului prin exerciții psihofiziologice. Antrenamentul autogen cuprinde două cicluri de exerciții: ciclul inferior și ciclul superior.

Ciclul inferior include exerciții în care decontractia este orientată în următoarele direcții: musculară, sistem cardiovascular, sistem respirator, zona abdominală și zona capului. Exercițiile pe care le învață subiectul sunt: *experiența greutății* prin introducerea senzației de greutate la nivelul brațelor („brațul meu este greu, tot mai greu, foarte greu, greu, ca de plumb”), apoi la nivelul membrelor inferioare și ulterior generalizarea senzației de greutate la nivelul întregului corp; *experiența căldurii* mai întâi la nivelul brațului dominant și apoi generalizarea senzației de căldură la nivelul întregului corp („o căldură plăcută îmi cuprinde tot corpul”); *concentrarea asupra cordului, în vederea încetinirii ritmului cardiac* („inima mea bate liniștit, calm și egal”); *controlul respirației pentru calmarea acesteia* („respirația mea devine liniștită și rară, calmă și egală”); *reglarea funcționării organelor abdominale prin concentrarea asupra plexului solar* („mușchii abdomenului sunt destinși, tensiunea dispare, plexul solar e cuprins de o senzație de căldură plăcută și odihnitoare”); *exerciții pentru inducerea vasoconstricției în zona frunții* („simt răcoare în zona frunții care devine rece și tot mai destinsă, creierul îmi este limpede ca un izvor de munte”) (8).

Ciclul superior presupune practicarea ciclului inferior pe o perioadă de șase luni până la doi ani. Exercițiile pe care le învață subiectul în acest ciclu sunt, în linii mari, următoarele: **concentrarea pe culoarea preferată sau pe culori impuse** de terapeut, pe **obiecte concrete**, pe **idei abstracte**, **trăirea „sentimentului propriu”** (subiectului i se sugerează să reproducă în interiorul său starea afectivă pe care își dorește cel mai mult să o trăiască), **interogarea propriului inconștient**. Realizarea acestor exerciții presupune o bună stăpânire a relaxării de către pacient și o îndrumare adecvată din partea terapeutului, cercetările clinice demonstrând că aplicarea incorectă a acestor exerciții poate genera perturbări grave în sfera personalității.

Pentru aplicarea acestei metode trebuie avută în vedere asigurarea anumitor **condiții**, respectiv liniște, o *temperatură normală* în încăpere, *semiobscuritate* și adoptarea de către subiect a unei *poziții care favorizează relaxarea*, cum ar fi de pildă poziția șezând pe un fotoliu, poziția „birjarului” (coloana ușor aplecată din talie, picioarele depărtate și coatele sprijinite pe coapse), poziția decubit dorsal (culcat pe spate).

2.1.2. Tehnici de relaxare mai puțin uzuale

Prezentăm în continuare, pe scurt, alte tehnici de relaxare mai puțin uzuale, dar care pot fi utilizate cu succes (7):

- **antrenamentul psihofiziologic** al lui **Ajuriaguerra** – pornește de la principiul potrivit căruia orice emoție se traduce în modificări de tonus muscular, existând o dinamică tonico-afectivă care controlează toate atitudinile omului normal;
- **hipnoza activă în trepte** propusă de **Kretchmer** – presupune investigarea zonelor profunde ale personalității pacientului pentru depistarea conflictelor interne existente și soluționarea acestora;
- **reglarea activă a tonusului (Stokvis)** este indicată în unele afecțiuni nevrotice monosimptomatice (balbism, ticuri) în care pacientul este solicitat să realizeze un efort de autoeducare organizat și sistematic, dând rezultate bune la subiecții cu posibilități introspectice limitate;
- **pedagogia relaxării** a lui **Gerda Alexander** – urmărește eliminarea unor contracții inutile care apar în desfășurarea anumitor activități, principiile de bază ale metodei fiind conștientizarea și dirijarea jocului optimal al tensiunilor musculare și studiul dinamic al mișcărilor în vederea creșterii eficienței acestora și a reeducării psihomotorii a personalității;
- **tensiunea dinamică** a lui **Atlas** – are drept scop creșterea nivelului energetic și întărirea eului și utilizează mișcarea, dieta, exercițiile imaginative, de conștientizare și reducere a tensiunilor musculare;
- **antrenamentul de conștientizare senzorială** propus de **Gindler** – constă în exerciții de concentrare asupra diferitelor zone ale organismului, de conștientizare a senzațiilor provenite de la acestea, cu scopul obținerii unui mai bun control asupra funcționării structurilor psihosomatice și a realizării unei stări de calm și autostăpânire;
- **relaxarea funcțională** a lui **Fuchs** – cuprinde exerciții de respirație ritmică, relaxante, pentru destinderea diferențiată a anumitor părți ale corpului;
- **tehnica mișcărilor pasive (Michaux)** – indicată pentru inducerea relaxării la copii, în care subiectul cooperează pasiv, complet relaxat în timp ce o altă persoană îi mișcă încet diferite segmente ale corpului. Treptat starea de vigilență diminuează și se instalează relaxarea;
- **tehnica răspunsurilor relaxante** a lui **Benson** – propune inducerea unei stări de relaxare fizică și psihică prin exerciții imaginative, stimulări auditive sau vizuale calmante.

Nivelul de profunzime a stării de relaxare este influențat de o serie de factori, între care foarte importanți sunt **disponibilitatea și implicarea subiectului și receptivitatea față de sugestii**. Gheorghiu descrie câteva **trăsături care favorizează receptivitatea la sugestie: închipuirea** sau capacitatea de a imagina și investi imaginile cu atributul plauzibilității, indiferent dacă acestea sunt sau nu reale; **transpunerea** sau capacitatea de a se comuta spontan de la o situație sau un rol la altul prin imaginație, empatie, imitație, învățare; **conformarea** prin acordarea atitudinilor, a comportamentului propriu cu cel al grupului din care face parte subiectul; **captarea** sau orientarea selectivă către o sursă provocativă; **subordonarea** sau **supunerea necritică** și acceptarea dirijării din exterior/ interior a comportamentului propriu (9).

3. Hipnoterapia la pacienții cu afecțiuni cardiovasculare

Conform lui Gibson și Heap, hipnoza poate avea efecte în tulburările psihosomatice în trei direcții principale: renunțarea la deprinderile greșite (de exemplu, consum abuziv de alcool, tutun), reducerea simptomelor și managementul unor afecțiuni medicale, reducerea durerii și a disconfortului produs de anumite proceduri medicale și chiar inducerea anesteziei (10).

Granița dintre minte și corp nu este fixă. Cu alte cuvinte, mintea poate modifica sau influența practic orice funcție fiziologică, de la presiunea sângelui până la producerea de anticorpi. Deși puțini oameni știu să realizeze aceste lucruri în mod conștient, mintea inconștientă își dă seama deseori cum să o facă atunci când i se oferă ocazia. Oricine este cu adevărat interesat de folosirea hipnozei pentru a trata afecțiunile psihosomatice ar trebui să consulte lucrarea *Psihobiologia vindecării minte-corp* de Ernest. L. Rossi (11). Rossi tratează acest subiect incluzând și o discuție amănunțită despre legăturile minte-corp și o descriere detaliată a metodei lui unice de hipnoză pentru găsirea soluțiilor inconștiente. În esență, abordarea lui implică o cerere relativ directă adresată inconștientului de a face tot ce poate pentru a rezolva problema existentă. Această cerere este urmată de o pauză de așteptare, pentru a-i acorda timp inconștientului să afle ceea ce trebuie făcut și să semnaleze ulterior descoperirea unei soluții.

Recomandăm ca o astfel de abordare minimalistă precum cea a lui Rossi să fie folosită inițial cu toate tipurile de probleme. Totuși, dacă această strategie minimalistă sau flexibilă nu reușește, atunci poate fi utilă folosirea unei abordări metaforice adecvate cu inconștientul, într-un efort ulterior de a-i obține ajutorul.

Pacienții cu afecțiuni cardiovasculare trebuie să învețe să se relaxeze fizic și psihic și să-și modifice stilul de viață, în așa fel încât tensiunea lor arterială să se stabilizeze. Putem exemplifica printr-un scenariu metaforic utilizat de Havens și Walters pentru ameliorarea tabloului clinic la pacienții cu **hipertensiune arterială**, denumit sugestiv «Drumul cu pluta»: *„Când faci un drum cu pluta sau aluneci pe un râu într-o canoe începi să observi unele lucruri care altfel ar trece neobservate. Mai ales acele lucruri care schimbă cursul râului, îl grăbesc sau îl încetinesc, căci atunci când râul este larg și adânc apa curge lin la vale și poți să te lași pe spate cu ochii închiși, ascultând acel sunet liniștit. Dar când pereții canionului încep să se apropie și devine tot mai strâmt, apa se grăbește prin el și creează vârtejuri periculoase, prin care trebuie să navighezi cu grijă, până când ajungi din nou în acel loc unde albia râului se lărgeste din nou și se întoarce liniștea adâncă. Căci apa este ca orice alt lucru, cu cât o comprimi mai mult, cu atât mai repede curge și cu cât este mai mare spațiul de umplut, cu atât devine mai calmă și liniștită. Și chiar și un copil știe când ceva este prea mic și că are nevoie de unul mai mare pentru a pune în el ceea ce are, așa că ia un pahar sau un castron mai mare sau o pereche de mânuși mai mari pentru ca mâinile lui să fie relaxate și comode, mai mari decât înainte și tot ce este în interior se extinde pentru a umple spațiul gol. Un sentiment așa de minunat de relaxare, ca atunci când lărgesci o curea strânsă după o masă copioasă și simți acea ușurare, plăcerea de a te lăsa dus, de a lăsa lucrurile să se extindă, simțind spațiul nou astfel obținut, o nouă libertate de a te relaxa, un fel de calm liniștit pe care îl auzi când*

acei copii gălăgioși pleacă din cameră, ies afară și profesorul se relaxează, presiunea este înlăturată. Chiar și acele vechi bacuri, cu pedale și motoare cu abur, pot să înlăture presiunea suflând în fluieră când interiorul se înfierbânta prea mult și toată lumea se poate relaxa pe punte, urmărind cum trec malurile râului și curgerea ușoară a apei în canalele adânci pe care au mers, fără să se grăbească să ajungă de aici până acolo, fără să facă nimic între timp, doar să se relaxeze din interior spre exterior și să simtă nemișcarea calmă a unui lac liniștit care se mișcă ușor în lumina lunii, în timp ce sunetele ușoare ale serii alunecă pe lângă tine într-o scurgere fără efort, o încetinire calmă către o lejeritate ușoară în timp ce relaxarea continuă și devine o parte din tine." (12)

Cu cât tranșa este mai profundă, cu atât rezultatele obținute sunt mai rapide și de durată mai lungă.

Hipnoterapia se aplică în asociere cu tratamentul specific, un prim obiectiv al acesteia fiind **terapia de suport**, terapeutul dând pacientului sugestii directe în timpul transei și posthipnotice de **reducere a anxietății și a tensiunii legate de simptom, întărire a Eu-lui, creștere a încrederii în propriile posibilități de a face față simptomului**, la care adaugă **substituția simptomului** și, atunci când este cazul, hipnoanaliza. Aceste sugestii au drept scop reducerea simptomului. Terapeutul nu trebuie să piardă însă din vedere abordarea globală și de profunzime. Trebuie să țină astfel seama și de beneficiul secundar al simptomului și să nu-l lipsească pe pacient de mecanismul său de apărare, sugerându-i faptul că simptomul se reduce treptat. Este foarte important însă ca tratamentul să-i ofere subiectului o explicație logică pentru ameliorarea sau dispariția simptomului, explicație ce poate fi construită de psihoterapeut în colaborare cu medicul specialist.

Tehnica substituției de simptom are drept obiectiv reeducarea inconștientului pacientului aflat în tranșă, în sensul înlocuirii unui model negativ de comportament cu altul dezirabil. Noul model de comportament sugerat trebuie să fie suficient de motivat logic pentru a distruge pattern-ul vechi și să aibă aceeași semnificație simbolică pe care o are simptomul, să fie expresia acelorași tendințe ale subiectului. Psihoterapeutul poate interoga inconștientul pacientului dacă este dispus să accepte un tip de exercițiu fizic sau un alt gen de activitate care să înlesnească descărcarea tensiunilor acestuia și să utilizeze răspunsurile ideomotorii drept feedback din partea inconștientului pacientului (de exemplu, pentru „Da” va ridica degetul arătător drept, iar pentru „Nu” va ridica degetul arătător stâng).

O abordare psihoterapeutică de bază a simptomelor psihosomatice este aceea de a demonstra clar și fără echivoc cum pot fi acestea menținute sub control prin procesele psihologice. O asemenea demonstrație distruge prejudecățile privind natura organică a problemei și pune de obicei pacientul în contact cu psihodinamica problemei.

Hipnoterapia poate fi utilizată cu succes în tulburările comportamentului alimentar și în **tratamentul obezității**. Psihoterapeutul trebuie să atragă atenția pacientului în primul rând asupra consecințelor patologice ale obezității, cum ar fi **bolile coronariene, hipertensiunea arterială, diabetul**.

S-a reproșat hipnozei faptul că accentuează dependența dintre subiect și terapeut, ceea ce face ca ori de câte ori pacientul se află într-un impas, el trebuie să

se adreseze specialistului pentru a-l ajuta să își rezolve problema. Pentru a evita acest lucru și pentru a încuraja în același timp independența și autonomia pacientului, hipnoterapia modernă pune tot mai mult accent pe autohipnoză, adică pe hipnoza indusă de subiectul însuși (7).

♦ **Tehnici comportamentale mai frecvent utilizate**

1. Modificări în ceea ce privește medicația, dieta, stilul de viață.

❖ Pacienții consumă **medicamentele** prescrise pentru a-și ameliora starea, însă cu timpul, acestea nu mai au efecte benefice, putând din contră genera efecte secundare nocive la nivelul altor sisteme ale organismului sau dependență. Acțiunea de a lua medicamente pentru afecțiuni somatice inexistente îndreaptă atenția pacientului către boală și îi întărește convingerea că o are, lucru care conduce la creșterea anxietății acestuia, creându-se astfel un cerc vicios.

❖ În ceea ce privește **dieta**, trebuie înlăturate alimentele sau substanțele care pot produce tulburări (de exemplu, tulburări de somn produse de cofeină) și trebuie evitate excesele de care pacienții pot să nu fie conștienți sau se pot jena să le recunoască (excesul de alcool, tutun, cafea etc.).

Dr. Dean Ornish propune un program pentru ameliorarea stării de sănătate la pacienții cu tulburări cardiovasculare pe care îl numește „vindecarea inimii” și care are următoarele componente:

- a. exerciții pentru restabilirea și accentuarea relațiilor, a intimității și a contactului între dumneavoastră și alți oameni, dominarea efectivă a stresului;
- b. o dietă foarte săracă în grăsimi și colesterol;
- c. un sistem care vă ajută să renunțați la fumat și la alte dependențe;
- d. un program de antrenament corporal moderat (3).

Programul de vindecare Ornish, „deschiderea inimii”, pornește de la ideea că bolile de inimă au și o semnificație simbolică, întrucât inima este organul cel mai puternic influențat de emoțiile noastre. De aceea este important să învățăm să ne simțim mai liberi și mai fericiți cu ajutorul dragostei și al compasiunii, prin:

- crearea intimității și a dragostei în relațiile noastre;
- descoperirea surselor păcii interioare și ale bucuriei;
- căutarea bucuriei;
- deconectare sau relaxare;
- evitarea cufundării în letargie;
- gestionarea stresului;
- întâlnirea cu alți oameni;
- pentru a avea grijă de alții începeți cu a avea grijă de dumneavoastră.

❖ Se poate prescrie pacientului un **program controlat de exerciții fizice**, fiind bine cunoscut faptul că sedentarismul constituie unul dintre factorii de risc pentru sănătate, putând conduce, împreună cu alte comportamente de risc, la boli cardiovasculare și obezitate (*Studiul longitudinal Alameda* în urma căruia au fost identificate șapte comportamente de risc pentru sănătate) (13).

❖ **Antrenamentul prin biofeedback** în care subiecții recepționează informația (feedback) despre un aspect al stării lor fiziologice și apoi încearcă să-și modifice această stare. Această tehnică poate fi utilizată cu succes în cazul pacienților cu **hipertensiune arterială**. Procesele fiziologice controlate de

sistemul nervos vegetativ, cum ar fi frecvența cardiacă și presiunea sangvină, au fost considerate multă vreme ca fiind automate și ca prezentând imposibilitatea instaurării vreunui control voluntar asupra lor. Cu toate acestea, însă, studiile de laborator au demonstrat că oamenii își pot modifica frecvența cardiacă și presiunea sangvină, fapt care a condus la identificarea unor noi procedee de tratare a pacienților cu hipertensiune arterială (14). Un procedeu constă în a prezenta pacienților un grafic al presiunii lor sangvine, în timp ce aceasta este monitorizată și în a-i învăța tehnici de relaxare a diferitelor grupe musculare. Pacienții sunt instruiți să contracte mușchii, apoi să elibereze tensiunea și să observe diferența și dintre senzații. Această combinație între biofeedback și relaxare s-a dovedit eficientă în scăderea presiunii sangvine (15).

Bibliografie

1. Lopez A., Mathers C., Ezzati M., Jamison D., Murray C. (2006) – Global and regional burden of disease and risk factors, 2001, Systematic analysis of population health data, *The Lancet*, 367, 1747-1757.
2. Iamandescu I.B. (2008) – *Psihologie Medicală*, vol. 2 – *Psihosomatică generală și aplicată*, București, Editura Infomedica, pp. 79, 85, 87, 206, 241-258.
3. Ornish D. (1994) – *Revoluție în terapia bolilor de inimă*, vol. I, Ed. Angeli, pag. 72.
4. Atkinson R.L., Atkinson R.C., Smith E.E., Bem D.J. (2002) – *Introducere în Psihologie*, București, Editura Tehnică, p. 689.
5. Karasek R., Baker D., Marxer F., Ahlbom A., Theorell I. (1981) – Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a perspective study of swedish men, *American Journal of Public Health*, 71, 592, 694-705.
6. Haynes S.G., Feinleib M. (1980) – Women, work and coronary heart disease: Prospective findings from the Framingham heart study. *American Journal of Public Health*, 70, 592, 133-141.
7. Holdevici I., Vasilescu I.P. (1998) – *Hipnoza și forțele nelimitate ale psihismului*, Ed. Aldomar extrasenzorial, București.
8. David D. (2006) – *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, Iași, Editura Polirom, p. 213, 214, 217, 219.
9. Gheorghiu V. (1977) – *Hipnoza*, Ed. Științifică și Enciclopedică.
10. Gibson H.B. Heap E.M. (1991) – *Hypnosis in Therapy*, Lea, Hove and London, Hillsdale, U.S.A.
11. Rossi E.L. (1986) – *The Psychobiology of Mind-Body Healing: New Concepts of Therapeutic Hypnosis*, New York: W.W. Norton & Company.
12. Havens R.A., Walters C. (1989) – *Hypnotherapy Scripts*, Brunner/Mazel Publisher, New York.
13. Belloc N.B., Breslow, L., (1972) – Relationship of physical health status and health practices, *Prev. Med. Aug.*, 1(3):409-421. [PubMed].
14. Schwartz, G.F. (1975) – Biofeedback, self-regulation and the patterning of psychological processes, *American Scientist*.
15. Tarler-Benlolo L. (1978) – The role of relaxation in biofeedback training, *Psychological Bulletin*.

V. Terapia cognitiv-comportamentală

Irina Holdevici

1. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în depresii

Terapia cognitiv-comportamentală în depresii a fost dezvoltată de Beck și colaboratorii (1).

Modelul cognitiv al depresiei (2)

- experiențe (timpurii)
- formarea unor convingeri disfuncționale
- incidentul critic (S)
- activarea convingerilor
- gânduri negative automate
- simptome depresive
- comportamentale
- motivaționale
- afective
- cognitive
- somatice

Modelul de convingere disfuncțională este descris de Elis, părintele terapiei rațional-emotive în următorii termeni: „Dacă cineva gândește rău despre mine, eu nu pot fi fericit” sau „trebuie să fac bine orice lucru de care mă apuc” (3).

Convingerea disfuncțională nu produce simptomul prin ea însăși, ci doar atunci când anumite incidente (evenimente externe) vin s-o întărească. Astfel, convingerea că valoarea personală depinde de succes poate conduce la tulburare depresivă în caz de eșec. Pe măsură ce tulburarea depresivă se dezvoltă, gândurile negative automate devin tot mai frecvente și tot mai intense și tind să estompeze gândurile raționale. Acestea produc simptomele depresiei, care, la rândul lor, întăresc modul negativ de gândire și astfel se formează un cerc vicios.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală sparge cercul vicios, învățând pacientul să adreseze întrebări provocatoare gândurilor negative pentru a verifica dacă fundamentarea lor este corectă.

Modelul cognitiv prezentat mai sus nu este valabil doar pentru depresie, ci se adresează oricărei tulburări afective (emoționale). Trebuie subliniat însă faptul că distorsionarea unor informații conform unei grile preexistente nu este specifică doar depresivilor, ci și tuturor oamenilor; depresivul nu face decât să intensifice procesul respectiv.

De asemenea, faptul că cogniția influențează starea afectivă nu înseamnă neapărat că o gândire negativă conduce la depresie. Depresia este rezultanta unui cumul de factori biologici, de dezvoltare ontogenetică, sociali, de predispoziții psihologice și de variabile precipitatoare.

Cogniția are însă o prioritate în timp, în declanșarea depresiei și poate acționa ca declanșator, factor de întărire și menținere a simptomelor. Din acest motiv, cogniția reprezintă un punct ideal de intervenție psihoterapeutică.

2. Strategiile terapiei cognitiv-comportamentale (4)

Sedințele de psihoterapie și temele pentru acasă au ca obiectiv să-l învețe pe pacient să identifice, să adreseze întrebări și să testeze autenticitatea gândurilor negative.

Conținutul gândurilor negative a fost clasificat în ceea ce Beck numea „trida cognitivă” (2):

1. ego-ul („sunt lipsit de valoare”);
2. experiențele curente („nimic din ceea ce fac nu este bine”);
3. viitorul („niciodată nu mă voi simți mai bine”).

Gândurile depresive automate au o serie de particularități care influențează psihoterapia și afectează relația terapeut-pacient:

- sunt habituale și, deci, greu de identificat;
- sunt automate și involuntare, și, deci, greu de controlat;
- au un caracter plauzibil (mai ales atunci când sunt însoțite de emoții puternice), deci este greu să li se adreseze o provocare;
- se referă la o gamă largă de stimuli, incluzând chiar psihoterapia, iar tratamentul poate fi respins pentru că pacientul prevede eșecul acestuia.

Aceste gânduri negative în legătură cu psihoterapia trebuie identificate și chestionate ca oricare alte gânduri negative. Gândurile negative reprezintă rezultatul unor erori în procesul de percepere și interpretare a experiențelor vieții. Aceste erori se referă la:

- *suprageneralizare*: subiectul trage concluzii generale pornind de la situații particulare („tot ceea ce fac este greșit”);
- *abstragere selectivă*: se acorda atenție doar aspectelor negative ale vieții („nu am avut nicio clipă plăcută astăzi”);
- momentele agreabile nu au fost conștientizate;
- *raționamente dihotomice*: subiectul gândește în extreme („dacă acest lucru e perfect, mai bine nu-l fac deloc”);
- *personalizarea*: subiectul își asuma responsabilități pentru lucruri care nu au sau au de a face în mica măsură cu persoana lui (de exemplu, dacă prietenul a trecut pe stradă fără să-l observe, din neatenție, depresivul își spune „probabil ca am făcut ceva care l-a supărat”);
- *indiferențe arbitrare*: se trag concluzii pe baza unor raționamente neadecvate (cineva care nu a reușit să ducă la bun sfârșit prima temă pentru acasă poate trage concluzia: „acest gen de psihoterapie nu mi se potrivește”).

3. Identificarea gândurilor negative automate (5)

Pacienții învață să identifice aceste gânduri inițial împreună cu psihoterapeutul, apoi dezvoltă aceste capacități prin intermediul unor teme pentru acasă. Aceștia învață:

- să identifice emoțiile neplăcute;
- să recunoască situațiile în care acestea apar;
- să identifice gândurile automate asociate.

Modificarea dispoziției este un semnal că gândurile negative automate sunt prezente (este mai ușor ca la început pacientul să evalueze mai degrabă dispoziția și nu gândurile negative).

Gândurile automate negative nu se referă numai la cuvinte, ci și la imagini, care trebuie descrise în detaliu.

4. Testarea (verificarea) gândurilor negative automate

1. Adresarea unor întrebări cu caracter provocativ.
2. Experimentarea în sfera comportamentală.

1. Întrebările cu caracter provocativ au drept scop să-l învețe pe subiect să-și reevalueze modul de gândire pentru el însuși. Acest obiectiv nu va fi atins dacă terapeutul face toată treaba singur, în locul pacientului. Cu alte cuvinte, trebuie să urmărească extragerea unor alternative de la subiect și nu oferirea unor alternative.

Întrebările uzuale sunt:

- Pe ce te bazezi când afirmi că lucrurile stau așa?
- Ce puncte de vedere alternative pot fi găsite aici?
- Care sunt avantajele și dezavantajele acestui mod de gândire?
- Ce erori de logică am făcut?

Întrebări menite să pună în evidență punctele de vedere alternative:

- Ce ai fi gândit despre aceasta înainte de a fi deprimat?
- Ce ar fi gândit cineva în care ai încredere despre aceasta?
- Ce i-ai spune altei persoane care ar veni să-ți ceară sfatul într-o problemă asemănătoare?

Întrebarea legată de avantajele și dezavantajele modului negativ de a gândi se referă la acei pacienți care consideră că gândurile cu caracter autocritic sunt folositoare și constructive.

Întrebarea referitoare la „ce eroare logică fac” se referă la pacienții care fac în mod frecvent aceeași greșeală, cum ar fi suprageneralizarea, abstracția selectivă sau altele.

2. Experimentările în sfera comportamentală se referă la găsirea unor modalități mai eficiente de a reacționa la o situație externă care nu poate fi ameliorată. Uneori subiectul are în interiorul său modalitățile eficiente de acțiune, dar acestea sunt blocate de modul negativ de gândire. De pildă, un pacient știe cum să-și exprime dezacordul, dar își inhibă reacția prin gânduri de tipul: „Dacă îmi voi exprima dezacordul, ei nu mă vor agreea”

În alte cazuri, pacientul chiar nu știe cum ar putea acționa mai eficient. În astfel de situații el trebuie să-și însușească noi modele de comportament, cum ar fi comportamentul asertiv, abilitățile sociale, rezolvarea de probleme sau deprinderi de studiu.

5. Identificarea și adresarea de provocări convingerilor negative

După ce pacientul și-a însușit abilitatea de a identifica gândurile negative automate, se poate trece la abordarea convingerilor negative.

Acestea au următoarele caracteristici (4):

1. Nu reflectă realitatea experiențială. De exemplu, convingerea „voi fi totdeauna puternic” ignoră vulnerabilitatea umană. Din acest punct de vedere, asemenea convingeri sunt iraționale.
2. Sunt rigide, suprageneralizate și extreme, pentru că nu țin seama de variația circumstanțelor.
3. Mai curând stopează decât facilitează atingerea unor scopuri, pentru că standardele perfecționiste produc anxietate, care inhibă și blochează performanțele.
4. Încălcarea lor este asociată cu emoții extreme și excesive (depresie și disperare, mai curând decât tristețe și regret).
5. Sunt relativ nemodificabile sub influența experiențelor obișnuite. Aceasta se întâmplă pentru că subiectul acționează ca și cum ele ar fi adevărate și pentru că nu sunt explicit formulate, acționând la nivel inconștient.

Abandonarea lor prezintă pentru subiect riscuri inacceptabile. De exemplu: „Dacă voi înceta să-i pun pe ceilalți pe primul plan, nimeni nu o să mă mai placă”.

Beck, Hollon, Young, Bedrosian și Budenz (6) au grupat convingerile disfuncționale în funcție de trei domenii:

- realizare (nivel înalt de performanțe, nevoie de succes);
- acceptare (nevoia de a fi agreat, iubit);
- control (nevoia de a controla evenimentele, nevoia de a fi puternic).

Identificarea convingerilor disfuncționale este mai greu de realizat decât cea a gândurilor negative automate, pentru că ele reprezintă reguli generalizate care pot să nu fie niciodată formulate explicit. Ele trebuie mai curând extrase decât observate, utilizând următoarele surse de informații (4):

1. Tematica rezultată din discuțiile cu terapeutul. Exemplu: pacientul își propune să facă lucrurile foarte bine sau este preocupat de a nu fi rejectat.
2. Erorile de logică ce apar în cursul gândurilor negative automate pot fi identice și la nivelul convingerilor. De exemplu, raționamentul dihotomic:
 - a) gând negativ: „Dacă mai avem vreo dispută, eu plec”.
 - b) convingere negativă: „Dacă nu poți cădea de acord cu cineva, mai bine nu ai nicio relație cu nimeni”.
3. Autoevaluarea globală: termeni ca „prost”, „infantil”, „slab” pe care îi folosește subiectul în raport cu el însuși pot reflecta standarde care nu sunt vizibile la prima vedere. Evaluarea globală a celorlalți poate îndeplini aceeași funcție.
4. Amintiri, relatări ale familiei. Unii oameni au frecvent amintiri foarte vii din copilărie care pot furniza o informație intuitivă asupra credințelor subiectului. De exemplu, o femeie avea convingerea că trebuie să vină permanent în întâmpinarea dorințelor celorlalți. Ea conserva amintirea vie a mamei sale, care pleca de acasă amenințând-o că nu o va mai iubi dacă nu face ceea ce i s-a cerut.

Odată identificate convingerile negative, disfuncționale, se recurge la întrebări cu caracter provocativ și la experimentări în sfera comportamentală pentru ca subiectul să-și elaboreze convingeri-reguli mai flexibile și mai realiste.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală poate căpăta o eficiență sporită dacă este completată cu hipnoza clinică (7).

Utilizarea hipnozei se poate introduce încă de la începutul terapiei pentru construirea unor expectații pozitive în legătură cu posibilitatea schimbării.

Este evident faptul că depresivul nu este orientat să-și reprezinte în mod concret viitorul într-unul pozitiv și realist, fapt ce scade simțitor motivația și probabilitatea participării subiectului la psihoterapie.

Hipnoza poate fi utilizată pentru a construi un sistem de expectații pozitive și pentru a dezvolta la pacient un stil atribuțional flexibil. În cadrul inducției hipnotice simple, terapeutul va sugera clientului faptul că viața se poate modifica în sens pozitiv. Sugestiile posthipnotice vor fi apoi utilizate pentru a generaliza expectațiile pozitive și în alte zone ale existenței subiectului, pentru că altfel stilul cognitiv concret al pacientului depresiv îl va determina pe acesta să-și restrângă noile experiențe dobândite doar la situațiile specifice asupra cărora s-a lucrat.

Bibliografie

1. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F. (1979) – *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press, New York.
2. Beck A.T. (1976) – *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, International University Press, New York.
3. Elis A. (1997) – *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*, New York, Julian Press.
4. Fennell Melanie (1989) – Cognitive Behavior Therapy in depression, în Hawton K., Salkovikis P.M., Kirk J., Clark D.: *Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems. A Practical Guide*, Oxford Univ. Prese.
5. Holdevici I. (2008) – *Tratat de psihoterapie cognitiv comportamentală*, Ed. Trei, București.
6. Beck A.T., Hollon S.D., Young J.E., Bedrosian R.C., Budenz D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline, *Archives of General Psychiatry*, 42, 142-148.
7. Holdevici I. (2010) – *Hipnoza clinică*, Ed. Trei, București.

CAPITOLUL 10

ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE APLICATE ÎN BOALA CARDIOVASCULARĂ (III)

VI. Psihodrama

Diana Iamandescu, Crinela Turcu

1. Introducere

Acest capitol își propune să descrie metoda de terapie prin psihodramă, conceptele pe care aceasta se bazează, câteva tehnici reprezentative, precum și beneficiile pe care psihodrama le poate aduce celor care o aleg ca formă de terapie.

Psihodrama este practică în România din anul 1995.

Creatorul psihodramei, **Jacob Levy Moreno**, s-a născut în România la începutul secolului trecut – fapt din păcate mai puțin cunoscut la noi – și a fondat în America un nou curent psihoterapeutic foarte puternic, aflat în concurență cu școlile de terapie fondate de Freud și de Jung. Astăzi, metoda de terapie psihodramatică este practică în toată lumea.

O definiție sintetică a psihodramei este dată de regretatul profesor George Ionescu, care o descrie ca pe o „*metodă de psihoterapie de grup care, prin jocul psihodramatic, explorează relații interpersonale, conflicte și probleme emoționale, în scop terapeutic*” (1).

Termenul de psihodramă provine din cuvântul englezesc „*drama*” (piesă de teatru), indicând apartenența acestei metode terapeutice la familia art-terapiilor.

Iar dacă ne raportăm la originea cuvântului „*drama*” din limba greacă (însemnând „acțiune”, „ceea ce se întâmplă”), vom sesiza faptul că psihodrama este o terapie prin acțiune, ceea ce permite individului să facă, să se implice în acțiune, nu doar să explice, să „vorbească despre” (2).

Psihodrama folosește instrumente și tehnici inspirate din teatru, permițând reprezentarea scenică a unor probleme de viață, a unor stări sau conflicte interioare, a unor dorințe sau temeri.

Scena înlocuiește divanul și devine spațiul în care se pun în acțiune conținuturile lumii interne. Faptul că metodele și strategiile psihodramatice stimulează

persoana să își transpună problemele într-un „aici și acum“, pe o scenă reală (chiar dacă elementele de decor sunt reduse la esențial) și cu actori reali (este vorba de membrii grupului de terapie) aduce un plus de valoare acestei terapii. Trăirile emoționale sunt mult mai intense, se lucrează și cu ariile corporale și motorii ale persoanei și, poate cel mai important, sunt neutralizate rezistențele de tipul raționalizării și al izolării emoțiilor, atât de frecvente în alte terapii care se limitează la cuvânt (psihanaliză, terapiile cognitiv-comportamentale etc.)(2).

Două dintre conceptele importante de la care a pornit ideea de psihodramă sunt jocul și spontaneitatea.

J.L. Moreno a avut primele intuiții legate de crearea viitoarei metode terapeutice privind jocul copiilor. El a observat faptul că prin joc este creată o realitate alternativă, pe care el a denumit-o mai târziu „semirealitate“. Este o zonă în care totul se întâmplă „ca și cum“ ar fi real și în care fanteziile și dorințele se pot împlini într-o formă mai mult sau mai puțin simbolică, o zonă în care timpul poate fi dat înainte sau înapoi, precum un ceas, și în care călătoriile în trecut sau în viitor sunt posibile.

De asemenea, Moreno a observat că prin joc se deblochează spontaneitatea persoanelor implicate, spontaneitate strâns legată de creativitate, de găsirea unor soluții și idei noi. Moreno pleacă de la premisa că pierderea sau blocarea spontaneității este sursa suferinței psihologice, iar recuperarea ei împinge persoana să facă un salt evolutiv.

Unul dintre jocurile preferate ale copiilor este exersarea de roluri – roluri de părinți, de copii, de școlari, de personaje fantastice etc. Pornind de la observarea modului în care copii schimbau adesea rolurile între ei, Moreno a creat o tehnică devenită ulterior definitorie pentru psihodramă și care a fost preluată mai târziu și de alte orientări terapeutice: **tehnica inversiunii de rol**.

Prin intermediul inversiunii de rol (de exemplu, inversiunea de rol cu partenerul de viață, cu fiul adolescent sau cu un șef foarte exigent) putem experimenta modul în care persoana de lângă noi ne privește, modul în care reacționează la ceea ce facem sau la ceea ce îi spunem, ceea ce simte, ceea ce trăiește, ceea ce are nevoie să primească de la noi.

A deveni capabil să te transpui efectiv în pielea altcuiva presupune o detașare de propriile pattern-uri de comportament și de judecată (adesea rigide, distructive și, mai ales, neconștientizate, în cazul persoanelor care apelează la psihoterapie), de propriile prejudecăți și idei. Odată cu această detașare pot apărea perspective noi asupra problemelor noastre, și de asemenea, și soluții noi.

Inversiunea de rol ne permitea, de asemenea, să experimentăm anumite roluri (de mamă, de soț, de angajat, de fiu etc.) pe care dorim să le dezvoltăm sau să le optimizăm.

Așadar, psihodrama, strâns legată de ideea de joc și de spontaneitate, oferă un mediu securizat (cabinetul de psihodrama, denumit „studio“) în care, sub conducerea atentă a psihoterapeutului psihodramatist, pot fi re trăite, experimentate, exersate, noi roluri sau noi comportamente, în condițiile în care spontaneitatea și creativitatea persoanei sunt permanent stimulate prin diferitele tehnici psihodramatice. Jocul, spontaneitatea și creativitatea sunt premise ale dezvoltării armonioase și ale vindecării.

Psihodrama este prin excelență și va rămâne în primul rând o metodă de lucru în grup, dar multe dintre tehnicile sale au fost adaptate și pentru intervențiile terapeutice individuale, pentru cupluri ori familie.

Psihodramă poate face oricine, dorește să se apropie de sine într-un mod creativ și spontan, oricine nu are reținerea prea mare de a intra în mijlocul unui grup mic (6-8 persoane). Sunt foarte rare situațiile în care persoanele intră direct în grup, fără o pregătire anterioară, constând în câteva ședințe de lucru individual cu terapeutul.

Psihodrama intervine în mod esențial asupra relațiilor; prin tehnicile sale specifice metodelor de acțiune ea produce o restructurare a modurilor disfuncționale de „a fi” în raport cu ceilalți, provoacă persoana să descopere răspunsuri noi la o anumită situație și să devină o ființă autonomă care își valorifică în realitate potențialul său personal.

În continuare vom încerca să definim câțiva termeni importanți din psihodramă: **studio, scenă, recuzită, director, protagonist, euri auxiliare, auditoriu, consemn.**

2. Mic dicționar de psihodramă

Studio – studioul este un cabinet terapeutic amenajat într-un mod mai special. El include o cameră pe cât posibil izolată fonic, un covor rotund sau o platformă rotundă (**scena**), o **recuzită** formată din diverse obiecte care pot reprezenta un decor, o costumație sau chiar anumite efecte scenice (eșarfe, perne, masă și scaune pliante, jucării de pluș, instrumente muzicale, măști, etc.), o mini-platformă cu 2-3 trepte (reprezentând **balconul**), un plafon iluminat cu becuri multicolore (lumina și culorile pot fi combinate în diverse moduri, în funcție de scena reprezentată și de starea emoțională a persoanelor care se află pe scenă).

Scenă – scena este locul de desfășurare a reprezentației psihodramatice. Pe scenă se poate lucra cu grupul sau cu o singură persoană, denumită **protagonist**. În momentul în care este ales protagonistul de către membrii grupului sau, mai rar, de către terapeut (**director**), el/ea rămâne pe scenă, iar colegii de grup se retrag în afara scenei pentru a urmări reprezentația. Directorul se plasează de asemenea, cu câteva excepții, în afara scenei, deoarece scena reprezintă lumea interioară a persoanei care lucrează.

Balcon – balconul este, așa cum am arătat mai sus, simbolizat printr-o platformă cu câteva trepte sau o scară. El este un loc de unde protagonistul poate privi, detașându-se nu numai din punct de vedere psihologic, dar și spațial, propria sa reprezentație jucată de ceilalți membri ai grupului.

Director – este denumirea dată psihoterapeutului. Termenul provine din engleză (**director**) și este asociat cu rolul directorului de a „dirija” reprezentația psihodramatică (denumită și prin termenul de psihodramă) asemeni unui regizor de teatru. Directorul va conduce întotdeauna psihodrama conform unei strategii pe care o decide pe loc, în funcție de efectul pe care dorește să îl obțină de la

protagonist (de exemplu, poate dori să îi inducă acestuia o stare mai calmă sau, dimpotrivă, să stimuleze catharsis-ul și exprimarea emoțiilor). El stabilește ordinea inversiunilor de rol pe care le va face protagonistul și, de asemenea, propune protagonistului să experimenteze alte roluri, situații sau comportamente.

Directorul de psihodramă îndeplinește mai multe funcții, între care: analist, producător, terapeut și lider de grup (3). Rolul său este unul foarte complex, presupunând o serie întreagă de abilități, atitudini, cunoștințe, tehnici și metode de lucru, precum și multă flexibilitate din partea directorului, care trebuie să aleagă întotdeauna varianta potrivită pentru persoana și situația potrivită.

Grup de psihodramă – grupul de psihodramă este alcătuit din 6-12 persoane și este de regulă un grup închis (se primește un membru nou în momentul în care o persoană părăsește grupul). În instituții precum spitalele sau centrele unde clienții stau pe o durată scurtă de timp, grupul de psihodramă poate funcționa și în formulă deschisă.

Grupul funcționează după niște reguli psihodramatice de interacțiune și de comunicare foarte clar stabilite la început și a căror respectare este permanent urmărită de către director. Regulile au ca scop crearea unui climat de încredere, egalitate, căldură, suport reciproc, respect pentru individualitate, comunicare non evaluativă și noncritică.

Acest climat cald, conținător și acceptant din cadrul grupului de psihodramă este extrem de important pentru succesul terapiei. Spontaneitatea nu se poate manifesta în condițiile în care „ochiul critic” este ațintit asupra noastră, ci doar atunci când funcția critică este „semiadormită” - altfel, sentimentul ridicolului sau al penibilului ne-ar limita și chiar bloca.

Exemplu de regulă psihodramatică de comunicare: în momentul de după terminarea reprezentației psihodramatice a unui protagonist, ceilalți membri ai grupului îi împărtășesc acestuia ceea ce au simțit în timpul reprezentației și ceva din experiența lor personală care se poate lega de ceea ce au văzut sau jucat pe scenă. Protagonistul nu răspunde și nu intră în dialog cu cei care îi vorbesc, ci doar ascultă și primește ceea ce i se împărtășește. Nu sunt sub nicio formă admise judecățile de valoare și nici sfaturile.

În grupul de psihodramă fiecare persoană devine agent terapeutic pentru ceilalți, în sensul că fiecare se poate regăsi în celălalt, poate învăța din experiența celuilalt, se simte acompaniat în suferința sa, îl poate „folosi” pentru a se descoperi. Prin psihodramă oamenii află ce înseamnă să înveți prin a face, utilizând experiența personală sau a celorlalți.

Euri auxiliare – în momentul în care protagonistul începe să lucreze pe scenă, ghidat fiind de către director, el va alege dintre membrii grupului acele persoane care pot juca rolurile din reprezentația sa (de exemplu, rolurile părinților săi, ale unor prieteni apropiați sau, dimpotrivă, ale unor persoane cu care se află în conflict). Membrii respectivi ai grupului se vor numi **euri auxiliare**. De cele mai multe ori există și un eu auxiliar care joacă rolul protagonistului, pentru ca acesta să poată urmări reprezentația „din afară” (din afara scenei sau dintr-un alt rol, prin intermediul tehnicii inversiunii de rol); acest eu auxiliar se numește **alter ego**.

Auditoriu – este locul din afara scenei unde se retrag membrii grupului care nu au fost aleși ca euri auxiliare de către protagonist, pentru a urmări reprezentarea acestuia. După reprezentare, toți membrii grupului se reunesc pe scenă.

Consemn – indicațiile pe care directorul le adresează protagonistului sau grupului în timpul sesiunii de lucru se numesc consemne. Ele se referă la ceea ce are de făcut persoana sau grupul într-un anumit moment. Exemple de consemne: „Fă-te rog acum inversiune de rol cu sora ta” (sora jucată în timpul reprezentării psihodramatice de către un eu auxiliar) sau „Acum vă invit pe toți pe scenă pentru a-i împărtăși lui Paul ceea ce ați simțit în timpul psihodramei (reprezentării) lui” (1).

3. Principalele tehnici psihodramatice

Sunt tehnici care stimulează exprimarea prin acțiune a diferitelor problematice ale persoanei care lucrează. Multe dintre tehnicile psihodramatice au fost preluate și de alte forme de psihoterapie, cum ar fi, de exemplu, cele de orientare experiențială.

3.1. Inversiunea de rol

Este o tehnică fundamentală pentru metoda psihodramatică, constând în asumarea rolului unui alt personaj (persoana reală sau personaj fantastic: obiect înflefuit, voce interioară, parte interioară – de exemplu, partea furioasă/parte deprimată, parte a corpului etc.) și exprimarea ideilor, a gândurilor, a sentimentelor, a emoțiilor etc. ale personajului respectiv.

Așa cum am arătat mai sus, această tehnică facilitează detașarea de propriile stereotipii de gândire sau emoționale și dobândirea unor noi perspective asupra situațiilor.

3.2. Dublul

Este tehnica prin intermediul căreia o persoană (terapeutul sau un membru din grup) devine vocea interioară a protagonistului și, folosindu-și intuiția și empatia, exprimă (dublează) ceea ce nu reușește acesta să exteriorizeze.

Este utilizată pentru a ajuta protagonistul să depășească un blocaj sau să își exprime adevăratele sentimente, gânduri, emoții.

Exemplu de dublu: „Mi-e teamă de tine, mamă...” (frază rostită de terapeut într-un moment al reprezentării în care protagonistul se află față în față cu „mama” – jucată de un eu auxiliar – și nu poate să exprime ceea ce gândește și ce simte în legătură cu aceasta). Fraza poate fi continuată de protagonist așa cum simte el (ea).

3.3. Oglinda

Este tehnica prin care protagonistul primește un feedback (verbal și/sau non-verbal) de la terapeut sau de la un alt coleg de grup.

Exemplu de oglindă: protagonistul urmărește, din balcon sau din inversiune de rol, propria scenă jucată de eurile auxiliare și alter ego.

Această tehnică ajută persoana să conștientizeze anumite lucruri pe care îi este dificil să le sesizeze de una singură.

Oglinda poate fi folosită și pentru a pune în evidență comunicarea non-verbală a protagonistului (de exemplu, directorul poate ruga un membru al grupului să imite postura foarte înclinată a protagonistului în timp ce acesta vorbește cu șeful său, subliniind astfel atitudinea lipsită de siguranță a protagonistului față de șef).

3.4. Solilocviul

Metoda constă în invitarea protagonistului să pună în cuvinte, ca și cum ar vorbi singur cu voce tare, stările, emoțiile și gândurile care îi trec prin minte în acel moment.

Exemplu de solilocviu: după ce protagonistul a fost încurajat să spună partenerii sale lucrurile pe care dorește să le schimbe de acum în colo în relația cu aceasta, directorul îi adresează următorul consemn: „Spune-ne cum te simți acum, după ce ai rostit aceste cuvinte”.

Solilocviul facilitează conștientizarea și verbalizarea trăirilor și ale gândurilor interioare.

3.5. Concretizarea

Este tehnica prin care sunt făcute „vizibile”, observabile, conținuturi interioare ale protagonistului (emoții, stări, conflicte etc.) prin intermediul eurilor auxiliare/recuzitei.

Exemplu de concretizare: directorul dă indicații protagonistului să își reprezinte stările interioare dintr-un anumit moment prin niște eșarfe de culori diferite (fiecare eșarfă reprezintă o stare, culoarea fiind aleasă în funcție de starea respectivă) pe care să le așeze într-un mod cât mai asemănător cu modul în care le simte în interiorul său. Apoi, protagonistul poate face inversiune de rol cu fiecare dintre aceste stări o altă modalitate de concretizare).

Tehnicile psihodramatice sunt folosite într-un mod integrat de directorul de psihodramă, în funcție de strategia terapeutică aleasă.

Cele descrise mai sus reprezintă doar câteva dintre tehnicile existente. Având în vedere că psihodrama pune foarte mult accentul pe folosirea spontaneității și creativității, directorul de psihodramă este în permanență dispus să creeze și să experimenteze soluții tehnice și metode noi, adecvate situației și unicității protagonistului sau a grupului cu care lucrează (2).

3.6. Atomul social

Prin intermediul atomului social sunt reprezentate concret, spațial, relațiile cu alte persoane: familia (atom familial), colegii de la serviciu (atom profesional), de școală (atom școlar) etc.

Astfel, directorul îi cere protagonistului să poziționeze în jurul său persoanele dintr-un anumit mediu (familial, școlar etc.), într-o postură și la o distanță potrivite cu semnificația persoanelor respective. Spre exemplu, persoanele importante și percepute ca apropiate și suportive vor fi așezate mai aproape de protagonist.

Acesta poate adresa mesaje persoanelor din atomul social sau poate primi mesaje de la acestea.

În acest mod sunt clarificate relații, conflicte, sentimente, apropierea sau depărtarea subiectivă de persoanele apropiate.

4. Momentele unei sesiuni psihodramatice

O sesiune de lucru cu grupul de psihodramă durează de regulă 2 ore. Frecvența sesiunilor este în general săptămânală, dar poate fi și lunară (în acest caz se lucrează în mai multe sesiuni de 2 ore derulate pe durata a două zile și jumătate, în special în weekend).

Cele două ore ale sesiunii de psihodramă sunt împărțite în mai multe secvențe, trei dintre acestea fiind cele mai importante: **încălzirea, timpul de lucru cu protagonistul și participarea auditoriului.**

4.1. Încălzirea

Momentul încălzirii are ca scop pregătirea grupului pentru a lucra în manieră psihodramatică și alegerea unuia sau mai multor protagoniști.

Încălzirea are o durată de 15-20 de minute și poate consta în exerciții și jocuri care să implice cât mai multe arii posibile ale individului: motorie, senzorială, emoțională, rațională.

Exemplu de exercițiu pentru încălzire: toți membrii grupului sunt invitați să se plimbe pe scenă și, atunci când se întâlnesc cu un coleg de grup, să se salute fără a folosi deloc cuvintele (printr-o privire, atingere, gest etc.).

După exercițiile care implică mai mult ariile nonverbale și noncognitive urmează etapa de verbalizare, pentru ca membrii grupului să poată integra și conștientiza senzațiile resimțite în timpul exercițiului.

La sfârșitul fazei de încălzire inițială, membrii grupului sunt stimulați să găsească o problemă pe care ar dori să lucreze în sesiunea respectivă (de exemplu, relația cu soțul/soția, gestionarea unui conflict cu o persoană de la locul de muncă etc.). Apoi fiecare membru al grupului prezintă foarte pe scurt aspectul pe care ar dori să lucreze, prezentarea fiind făcută de regulă în maniera psihodramatică (de exemplu, dând un titlu situației sau stării respective) și grupul alege persoana pe care dorește să o vadă lucrând. În anumite situații directorul poate propune un protagonist, sau o persoană se poate autopropune ca protagonist.

În numeroase grupuri de psihodramă, momentul încălzirii prin exerciții și jocuri este fie completat, fie chiar înlocuit cu partea de **punere la zi**. Punerea la zi constă în relatarea, de către fiecare membru al grupului, a celor petrecute în perioada de timp care a trecut de când grupul nu s-a mai reunit sau de când persoana respectivă nu a mai venit la grup. Accentul nu este pus pe simpla redare a evenimentelor cât mai ales a stărilor, a emoțiilor și a gândurilor generate de acele evenimente.

4.2. Lucrul cu protagonistul

După ce protagonistul a fost ales, el rămâne pe scenă alături de director. Directorul va propune protagonistului mai multe modalități de reprezentare psihodramatică a problemei care îl frământă pe acesta și împreună se vor opri la o singură variantă. Dacă scena are loc în alt moment decât cel prezent, directorul va marca *trecerea*, într-o manieră simbolică, *în noul timp* (de exemplu, dacă este vorba de o amintire din copilărie, directorul poate cere protagonistului să facă doar câțiva pași înapoi pentru a „ajunge” în anul respectiv). Apoi se va trece la punerea în scenă a aspectului pe care se va lucra. Pentru aceasta se folosește recuzita (protagonistul configurează decorul în care are loc scena) și sunt aleși de către protagonist membrii grupului care vor întruchipa personajele din scenă (psihodrama) sa.

De-a lungul psihodramei protagonistului, directorul îl îndrumă astfel:

- să integreze și să conștientizeze emoțiile asociate cu problema respectivă;
- să facă legături, atunci când este cazul, între problema prezentă și problemele din trecut care au dus la starea actuală de lucruri (de exemplu, neîncrederea unei femei în partenerul de cuplu poate să fie legată de relația ei cu părinții);
- să se detașeze de perspectiva sa obișnuită (adesea dureroasă sau plină de neputință);
- să își acceseze toate resursele care l-ar putea ajuta în situația pe care o traversează;
- să poată găsi moduri noi de a privi și de a soluționa problema.

Directorul își exprimă observațiile, concluziile și sugestiile terapeutice prin acțiune. El nu intră în dialog cu protagonistul, nu îi oferă acestuia interpretări sau explicații, și cu atât mai mult nici soluții. Din acest punct de vedere, putem spune că abordarea terapeutului psihodramatist este una non-directivă.

În schimb, psihodramatistul își folosește directivitatea în altă manieră: el îl poate ajuta pe protagonist să își clarifice anumite aspecte folosindu-se de tehnici psihodramatice din categoria celor descrise mai sus; el îi propune acestuia să intre în anumite inversiuni de rol și să transmită mesaje pe anumite teme (conținutul mesajului este decis de protagonist).

De exemplu, dacă directorul observă că protagonistul are sentimente de frustrare față de o persoană apropiată (de exemplu, soțul/soția) și că ascunde aceste sentimente, îi poate propune acestuia să îi adreseze soțului/soției un mesaj de genul: „Atunci când tu mă întrerupi mereu în discuții, eu mă simt...” (completarea frazei va fi dată de protagonist). În acest caz a fost folosită tehnica dublului.

În momentul în care protagonistul a reușit să își modifice starea de spirit cu care a început psihodrama (să își amplifice starea pozitivă sau să își diminueze starea negativă), a reușit să vadă problema dintr-o altă perspectivă și, în anumite cazuri, să exerseze o abordare/atitudine/comportament noi, atunci directorul poate încheia secvența de lucru cu acesta.

4.3. Participarea auditoriului

Este momentul în care ceilalți membri ai grupului, care au asistat la reprezentarea psihodramatică a colegului (colegei) lor fie de pe scenă, ca actori, fie din afara scenei, ca spectatori, au ocazia să împărtășească ceea ce au simțit.

Pornind de la principiul de egalitate care guvernează grupul de psihodramă, se consideră că, din moment ce protagonistul a pus în scenă o experiență proprie foarte intimă, se cuvine ca și ceilalți membri ai grupului să împărtășească experiențe asemănătoare.

Din respect pentru cel care a lucrat, și pentru a nu-l leza pe acesta, nu se analizează ceea ce tocmai s-a întâmplat pe scenă, nu se fac interpretări, judecăți de valoare și nu se dau sfaturi.

Fără îndoială, nu numai persoana care a fost aleasă protagonist a resimțit efecte emoționale, de *insight* sau efecte terapeutice. Toți participanții la psihodramă beneficiază de efectele acesteia, fiecare în felul propriu. Iar faptul de a putea pune în cuvinte ceea ce au simțit și ceea ce au conștientizat are valoare terapeutică pentru ei.

După ce toți membrii grupului s-au exprimat în acest fel, directorul încheie sesiunea de psihodramă.

5. Beneficii și modalități de utilizare a psihodramei

5.1. Beneficii ale psihodramei ca metodă de terapie

- ÎNȚELEGERE, CONȘTIENTIZARE – ajută persoana să își înțeleagă mai bine propriile limite și dificultăți prin raportarea la problemele și experiențele celor din jur (începând cu colegii din grupul de psihodramă).

- ACCEPTARE – încurajează persoana ca, învățând să îi accepte pe ceilalți fără să îi judece, să se accepte pe sine așa cum este (acceptarea de sine este primul pas către schimbare!).

- DEBLOCARE – facilitează depășirea reținerilor și a blocajelor personale, în special cele legate de a fi împreună cu ceilalți, a fi într-un grup și a te manifesta de față cu alte persoane.

- COMUNICARE, EXPRESIVITATE – îmbogățește expresivitatea și modalitățile de comunicare cu ceilalți (inclusiv comunicarea nonverbală).

- INTELIGENȚA EMOȚIONALĂ – antrenarea ariilor corporale și a emoțiilor realizată în psihodrama dezvoltă inteligența și maturitatea emoțională.

- EMPATIE – dezvoltă capacitatea de a empatiza și de a-l înțelege pe celălalt, de a te pune în locul (rolul) altuia.

- ASERTIVITATE – reprezintă o modalitate de a învăța cum să interacționezi cu cei din jurul tău într-un mod asertiv, în așa fel încât să îți satisfaci propriile nevoi și interese fără a-i leza pe ceilalți.

- DEZVOLTARE – sprijină exersarea comportamentelor și a rolurilor considerate dificile de o persoană, într-un mediu securizat, cald și suportiv.

- **REINVENTARE** – facilitează identificarea unor atitudini, răspunsuri și soluții noi la vechile probleme.

- **SPONTANEITATE, ADAPTARE** – punând accentul pe creșterea creativității și a spontaneității persoanei, terapia prin psihodramă conduce către o adaptare mai flexibilă și mai variată la necesitățile și exigențele vieții (4).

Cele de mai sus reprezintă doar câteva dintre beneficiile metodei psihodramatice, fiecare dintre noi putând să o folosească în felul său propriu.

5.2. Domenii de aplicabilitate a metodei psihodramatice

Un atu important al psihodramei ca metodă de terapie este gradul său foarte larg de aplicabilitate.

Moreno a ajuns să creeze psihodrama inspirat de oamenii și situațiile diverse pe care le-a întâlnit în practica sa psihiatrică (el a lucrat inclusiv în penitenciare, cu prostituate, cu pacienți psihotici), astfel că psihodramă se naște ca o metodă terapeutică ce nu are contraindicații explicite, o putem găsi în spitalele de psihiatrie unde pacienții psihotici participă la sesiuni de psihodramă însoțiți de directorul de psihodramă (terapeutul) și de euri auxiliare profesionale (coterapeuți), în penitenciare, în clinici sau cabinete private, în școli, în organizații, în training-uri profesionale, în comunități terapeutice, în clinicile de dezintoxicare (droguri sau alcool), s.a.m.d.

Psihodrama poate fi folosită în tratarea și ameliorarea majorității problemelor psihologice, de la tulburările de personalitate, nevroze, depresii, tulburări comportamentale (de exemplu, tulburări ale comportamentului alimentar – bulimie/anorexie), fobii, atacuri de panică, și ajungând până la terapia suportivă pentru pacienții psihotici aflați în faza de remisie. Rezultate la fel de remarcabile se obțin și prin aplicarea metodei psihodramatice în terapia copilului, terapia de familie sau de cuplu.

6. Aplicații ale psihodramei în domeniul medical

6.1. Folosirea psihodramei ca instrument de investigare și clarificare a simptomelor psihosomatice

Tehnicile psihodramatice pot fi adaptate pentru problemele legate de aria psihosomatică.

Ele pot fi folosite ca metodă de intervenție pentru persoanele care se adresează psihoterapeutului cu simptome care nu au putut fi elucidate de medici. Astfel, medicul care tratează un pacient cu o afecțiune psihosomatică poate colabora cu un psihoterapeut format în psihodramă și poate trimite pacientul respectiv către acest psihoterapeut.

Psihodrama poate facilita persoanei un alt contact cu propria sa corporalitate, pentru că există o implicare activă a întregii persoane, nu doar a minții sau exclusiv a corpului cum se poate întâmpla în cazul altor terapii. Persoana nu mai separă corpul de psihic, putând astfel conștientiza legătura, mai mult sau mai puțin

armonioasă, dintre cele două. Astfel se poate trece dincolo de simpla anulare a efectelor neplăcute ale simptomului.

Simptomul capătă alte sensuri, este reevaluat, poate fi acceptat ca o șansă de autocunoaștere și de schimbare a întregii vieți.

Prin terapia psihodramatică pacientul poate fi susținut, în cazul bolilor cronice de exemplu, să înțeleagă mai bine chiar mecanismele fiziologice implicate în afecțiunea sa, poate fi crescută complianța la tratament prin inversiunea de rol cu medicul său ca o formă de dialog cu propria sa capacitate de vindecare.

Prin tehnica dublului, directorul poate da glas vocii interioare a protagonistului, fie că este vorba de gânduri, sentimente, emoții blocate, suferințe psihice care s-au transformat în dureri somatice, odată eliberată tensiunea ce creează simptomul dispăre, diminuând și amplitudinea simptomatologiei, până la dispariția lor (5).

Protagonistul devine astfel conștient de presiunea interioară determinată de blocaje, dar capătă și capacități noi de deblocare.

Un mod specific prin care poate fi folosit dublul este „**dublul corporal**” prin care pacientul protagonist capătă o altă atenție asupra corporalității sale, asupra modului în care-și tratează corporalitatea și asupra atitudinii interioare conștiente sau nu față de sănătatea corporală și mentală. În această manieră poate fi sporită capacitatea de acceptare a propriului corp, diminuând acțiunile autodistructive față de corp, inclusiv alegerea înconștientă a rolului de bolnav, alegerea înconștientă a unui anumit simptom, deschizând drumul spre alte alegeri conștiente asumate.

Un alt mod de a lucra psihodramatic tematica psihosomatică este de a propune protagonistului un „dialog corporal”, un mod de a putea interacționa cu propriul corp, sau parte a corpului, față de care trăiește o stare dificilă, tensionată, ambiguă sau care-i pune probleme.

Metodele și tehnicile psihodramatice de investigare a simptomelor somatice pot furniza informații importante legate de circumstanțele și emoțiile asociate cu simptomele psihosomatice, semnificația simptomelor pentru persoana respectivă și pentru cei apropiați, precum și despre beneficiile secundare pe care persoana le poate obține prin intermediul simptomelor, beneficii în raport cu ea însăși sau cu ceilalți.

O tehnică utilă pentru evidențierea relațiilor cu familia și cu cei apropiați la persoanele cu diferite boli (somatice sau psihosomatice) este atomul social (descriș mai sus în cadrul tehnicilor psihodramatice). Cu ajutorul acestei tehnici putem vedea felul în care s-au structurat relațiile cu membrii familiei după apariția bolii și mai ales felul în care aceștia resimt boala persoanei respective (persoana poate face inversiune de rol cu toți membrii atomului social și poate „vedea” problematica din perspectiva acestora, inclusiv sentimentele, emoțiile sau poate frustrările lor generate de boală). În atomul social pot fi incluși și colegii de serviciu și, mai ales, medicul, fapt util în înțelegerea relației cu acesta.

O altă tehnică prin care poate fi evidențiată atitudinea persoanei față de boală și modul în care se lasă afectată de boală este tehnica fotografiei.

Prin intermediul acestei tehnici, pacientul este încurajat să pună în scenă două fotografii: una din perioada de dinainte de apariția bolii și cealaltă din perioada prezentă, în care boala s-a instalat. În fotografie pot apărea și membrii familiei. În

acest mod persoana respectivă poate vizualiza diferențele care au apărut (postură, atitudine, poziția în raport cu cei apropiați etc.) și poate în același timp „corecta” fotografia prezentă în sensul dorit (cum ar vrea să arate de acum încolo, având un control mai bun al simptomelor de care suferă și o atitudine mai pozitivă în raport cu acestea).

Oglinda, ca tehnică psihodramatică, poate fi folosită pentru a evidenția alte dimensiuni și sensuri ale simptomului. De exemplu, după desfășurarea unei reprezentări psihodramatice, auxiliarul care a jucat rolul pacientului poate face oglindă despre cum a perceput el(ea) durerea („am simțit că mă bloca” sau „nu mă lăsa să mă apropiu” sau „am simțit că mă proteja”, „mă ajuta să obțin atenție și grija de la familia și prietenii mei”).

6.2. Psihodrama – metoda de supervizare și intervizare pentru medici

Un alt mod în care psihodrama poate fi folosită este acela în care oferă sesiuni psihodramatice de supervizare a specialiștilor care lucrează în domeniul sănătății, de la medici, psihologi clinicieni, psihoterapeuți, asistente medicale, asistenți sociali, personal auxiliar, familiilor care au un membru cu o afecțiune cronică sau cu o tulburare psihosomatică. Pentru fiecare categorie profesională se susțin sesiuni psihodramatice cu scopuri diferite, fie în cadrul medical (spital, policlinică), fie în alt cadru, programul acestora stabilindu-se împreună cu participanții, variind de la o sesiune săptămânală, la o frecvență bilunară sau lunară, durata sesiunii variind de la 90 la 120 de minute, în funcție de scopurile alese, de disponibilitatea participanților și de problematicile de lucru pe care aceștia le propun.

Între scopurile care pot fi urmărite într-un program de supervizare și intervizare pentru medici prin modalități psihodramatice s-ar putea înscrie:

- înțelegerea condiției psihologice a pacienților;
- înțelegerea modului în care pacienții trăiesc simptomele;
- înțelegerea impactului simptomelor asupra vieții pacienților;
- înțelegerea impactului simptomelor asupra familiei pacienților;
- descoperirea de noi modalități pentru stimularea complianței la tratament;
- dezvoltarea comunicării între medic și pacienți;
- facilitarea colaborării între cadrele medicale în anumite cazuri specifice,
- analiza unor cazuri speciale;
- conștientizarea modului în care medicii și cadrele medicale participante sunt afectate psihologic de suferința pacienților lor;
- dezvoltarea unor capacități personale sănătoase de a face față suferinței pacienților;
- și multe altele...

Toate tehnicile psihodramatice (inversiunea de rol, oglinda, dublul, solilocviul etc.), precum și tot ceea ce presupune maniera de lucru psihodramatică, vin să sprijine realizarea acestor obiective.

Un alt mod în care psihodrama ar putea sprijini lumea medicală ar fi și organizarea și susținerea de către directorii de psihodramă a unor sesiuni demonstrative și workshop-uri în cadrul unor evenimente medicale (conferințe, proiecte de

prevenire, seminarii, simpozioane, târguri, proiecte ale organizațiilor non-guvernamentale legate de lumea medicală). Aceste sesiuni pot fi focalizate pe diverse teme de interes medical adresate specialiștilor din domeniu sau publicului larg.

6.3. Cum poate fi folosită psihodrama în clinicile și spitalele românești?

Metodele de terapie psihodramatică pot fi folosite cu succes în clinici și spitale, dacă există o minimă disponibilitate pentru crearea unor **condiții adecvate de lucru**: o cameră mai spațioasă (fără paturi sau mobilier masiv, în care centrul camerei să fie liber și să reprezinte scena), câteva scaune, câteva eșarfe colorate și figurine. Spațiul de lucru trebuie să fie cât mai izolat posibil de celelalte activități ale spitalului, să nu existe telefoane sau televizoare, personalul să fie anunțat să nu intre în camera în timpul activităților cu grupul de psihodramă, etc.

La grup pot participa, în principiu, pacienții capabili să desfășoare activități care implică o minimă activitate fizică (metodele de lucru pot fi adaptate și pentru pacienții cu capacități motorii limitate, cu condiția să fie deplasabili). În ceea ce privește nivelul intelectual sau al educației, având în vedere faptul că în psihodramă se lucrează într-un mod simbolic, folosindu-se concretizări sau metafore și evitându-se analizele foarte elaborate, studiile superioare sau nivelul intelectual nu sunt foarte importante, ci mai degrabă disponibilitatea de a lucra cu sine (6).

Grupurile vor fi de două feluri, în funcție de durata timpului petrecut de pacienți în clinică sau spitalul respectiv: **grupuri închise și grupuri deschise**.

Grupurile închise au 6-12 membri și își păstrează aceeași componentă (un nou membru poate fi primit doar dacă o persoană părăsește grupul). Ședințele pot fi săptămânale sau bisăptămânale, cu durata de 2 ore. Acest tip de grup poate fi folosit în sanatorii sau în spitalele de psihiatrie (cu pacienții aflați în remisie și care au nevoie de suport pentru recuperare și integrare socială).

Grupurile deschise au până la 30-40 de membri și în cadrul acestora persoanele participă pentru perioade scurte de timp (aprox. 2 săptămâni sau cât durează perioada de internare). Se poate lucra săptămânal, două zile legate, în sesiuni de câte 10 ore, de regulă în weekend (2).

Grupurile deschise se pot folosi în spitale, în care durata șederii pacienților este scurtă.

Având în vedere numărul limitat al sesiunilor, se va pune accentul pe împărtășirea de experiențe comune și pe identificarea resurselor care pot fi de ajutor persoanelor respective, fără a se intra în problematici sau aspecte de profunzime.

Sesiunile de psihodrama pot fi conduse de psihologii din spitalul respectiv sau de medici psihiatri formați în terapia psihodramatică; o altă variantă este colaborarea cu un psihodramatist extern.

Pentru clinicile private, ca și pentru spitale, terapia prin psihodrama poate fi un mod de a adauga plus valoare serviciilor oferite clienților și, astfel, de a câștiga clienți noi. O modalitate posibilă pentru a testa impactul grupurilor de terapie este organizarea de sesiuni demonstrative (gratuite), urmate de aplicarea unor chestionare care să măsoare satisfacția participanților și numărul celor care ar dori să continue să lucreze prin această metodă.

Bibliografie

1. Ionescu Gh. (1995) – *Tratat de psihologie clinică și psihoterapie*, Editura Asklepios, București.
2. Ionescu A. (2007) – *Metodologia formării în psihodramă*, Asociația Română de Psihodramă Clasică, București.
3. Baim C., Burgemeister J., Maciel M. (2007) – *Psychodrama – Advances in Theory and Practice*, Routledge, London and New York.
4. Kellerman P. (1992) – *Focus on Psychodrama – The Therapeutic Aspects of Psychodrama*, Jessica Kingsley Publishers, London.
5. Blatner A. (1996) – *Acting In*, Springer, New York.
6. Yalom I., Lescz M. (2008) – *Tratat de psihoterapie de grup – Teorie și practică*, Editura Trei, București.

VII. Abordarea experiențială a bolnavului cardiac izolat social. Studiu de caz

Aurelia Moraru

1. Introducere

Purtătorii bolilor cardiovasculare cu evoluție cronică sunt adesea denumiți, „cardiaci” (1). Această etichetă conferă bolnavilor cardiaci un anume statut și le induce anumite temeri, un anumit stres. În vedrea ameliorării stării de sănătate, li se recomandă evitarea stresului fizic și emoțional. Pe de altă parte, îmbolnăvirea și cronicizarea bolii le perturbă grav sfera profesională și comunicațional-socială, ceea ce poate conduce la marginalizarea și izolarea socială, alte surse de stres.

Surselor de stres amintite li se adaugă și perspectivele sumbre ale morții subite, chiar dacă unii bolnavi nu doresc să mărturisească frica de moarte și pot apărea diverse complicații cum ar fi accidentul vascular cerebral generator de pareze și paralizii sau edemul pulmonar. O stare de teamă ce se autoîntreține se creează și din cauza gândurilor legate de producerea unui infarct sau de defectarea aparaturii medicale de monitorizare, ceea ce antrenează și alimentează stresul.

Studiile de specialitate indică **interrelațiile dintre depresia majoră și evenimentele cardiovasculare**. Depresia poate fi în unele situații cauza bolilor cardiovasculare, în alte situații ea poate accelera îmbolnăvirea, dar poate fi și efectul resimțit în plan afectiv de către pacienții cardiaci. Depresia poate fi considerată un predictor al bolilor cardiace fiind asociată cu un prognostic negativ al bolii (1). Autorii citați anterior notează că afecțiunile cardiovasculare sunt asociate cu depresia, anxietatea, anxietatea cronică, tulburări anxioase, inclusiv tulburări de panică și tulburarea anxios-fobică.

Din observațiile clinice personale efectuate în cadrul cabinetului individual de psihoterapie și din aprofundarea studiilor de specialitate, am putea spune

că există o **intricare de factori ce determină și întrețin boala cardiacă**. Amintim în acest sens următorii factori: factori genetici, stresul, stilul de viață, tipul D de personalitate cu tendința de a experimenta sentimente negative așa cum ar fi depresia, anxietatea, ostilitatea, furia, inhibând personalitatea cu evitarea contactelor sociale. Sher notează în studiul *Type D Personality: The heart, stress and cortisol* (2) că „Starea de spirit joacă un rol de mediator în relația dintre evenimentele stresante și secreția de cortizol”. **În opinia lui Sher, cortizolul poate fi un factor de mediere între tipul de personalitate D și bolile cardiace sau alte boli.**

Și în cazul pacienților cardiaci, actul comunicării are atât un efect sanogenetic cât și unul morbigenetic în funcție de atmosfera de comunicare pe care comunicatorul o creează și o întreține cu interlocutorul. De multe ori, boala cardiacă cronică reduce comunicarea, socializarea, interacțiunea, cu efecte devastatoare asupra pacientului cardiac.

La aceasta se adaugă și faptul că societatea actuală dominată tot mai mult de crize economice, morale și de progresul tehnologiei informatice, creionează un nou stil de viață unde observăm o anumită izolare și însingurare a omului modern. Oare stilul modern de viață cu efecte majore în planul valorilor sociale și al comunicării poate crea și boli de comunicare? Asistăm la o creștere a comunicării prin tehnologia internetului în timp ce comunicarea față în față și interrelaționarea interumană sunt în criză. Boli ca depersonalizarea și regresiunea reprezintă cauze majore ale bolilor de comunicare, care pot lua diferite forme. Enumerăm în acest sens: izolarea socială, angoasa, disperarea, depresia, suicidul (3).

2. Boli de comunicare

În cele ce urmează vom reda definirea acestor forme de către autorul sus menționat:

1. IZOLAREA este o separare a persoanei de ceilalți și de realitatea lumii, o stare de închidere în sine, care inițial are semnificația unei conduite de refugiu, dar care, de fapt, îi este impusă individului.

2. ANGOASA apare ca un sentiment de neliniște, de nesiguranță, dat de incapacitatea de a mai putea înțelege și a accepta o lume în schimbare, cu caracter absurd, de care omul se simte înstrăinat, dar în care este totuși obligat să trăiască, deși nu o poate nici înțelege și nici accepta.

3. DISPERAREA este pierderea orizontală a perspectivei viitorului; un sentiment sufletească și moral care închide persoana, dându-i impresia lipsei de valoare atât pentru sine, cât și pentru propria viață.

4. DEPRESIA este o stare de prăbușire interioară, o epuizare emoțional-afectivă, o încremenire dată de sentimentul propriei inutilități; incapacitatea de mai acționa, sentimentul de a fi închis; lipsa de perspectivă care anulează orice motivație de a mai fi sau de a mai face ceva util.

3. Psihoigiena

Psihoigiena este concepută ca un ansamblu de măsuri și mijloace destinate menținerii și promovării sănătății (4).

Psihoigiena persoanei vizează dezvoltarea armonioasă și echilibrată a personalității individului, adaptarea optimă a acestuia la condițiile mediului său ecologic, social și familial, încadrarea sa în grupul comunitar și profesional, dezvoltarea încrederii în sine, formarea unor relații interpersonale pozitive, care să confere personalității o dinamică normală (3).

4. Psihoprofilaxia mintală

Psihoprofilaxia mintală este o etapă importantă a igienei mintale, care acționează asupra cauzelor, a factorilor stresanți, atenuând sau chiar împiedicând acțiunea lor psihotraumatizantă asupra individului (3).

Modelul psihoprofilactic – urmează categoriile profilaxiei general-medicale (4):

1. Psihoprofilaxia primară – cuprinde acțiuni și mijloace care vizează împiedicarea apariției manifestărilor psihopatologice sau a bolilor psihice.

2. Psihoprofilaxia secundară – are în vedere măsuri menite să amelioreze evoluția negativă a tulburărilor, să prevină agravările și să diminueze posibilitatea de cronicizare sau potențialul sechelar al bolii.

3. Psihoprofilaxia terțiară – cuprinde ansamblul măsurilor ce au drept scop reducerea invalidității, reabilitarea și resocializarea bolnavilor psihici.

5. Psihoterapia experiențială

Psihoterapia experiențială este o sinteză de metode și tehnici terapeutice, care, printr-o viziune eclectică, abordează în mod holistic, reunificator condiția umană cu scopul transformării și al reechilibrării ajutând-o să se adapteze într-un mod creativ și flexibil la contextele de viață tot mai complexe și dominate de crize existențiale, morale și/sau economice. „Obiectivul este autodezvoltarea, autotransformarea sanogenă și autocreația”. Principiul de bază este experiența aici și acum (5).

Sufletul omenesc se prezintă într-o multitudine de culori: roșu, oranj, galben, verde, albastru, indigo, violet și numeroase nuanțe de gri. Trebuie să luăm în considerare întregul spectru de culori și nu doar culorile strălucitoare.

Depresia, angoasa, bolile de inimă etc. sunt considerate inamicii luminii, ai sănătății. Stările de vid și de cenușiu permit omului aflat în suferință să exprime gânduri, emoții și sentimente, care îl ajută să se înțeleagă și să se limpezească.

Fericirea și tinerețea nu sunt veșnice și cine are asemenea așteptări trăiește și mai dramatic suferința. Suferința, care nici ea nu este permanentă, are darul uneori de a ne maturiza, de a deveni mai înțelepți cu condiția să o conștientizăm și să dorim să căutăm calea de ieșire din ea, luând lecția pe care dorește să ne-o

dea și să-i permitem să ne căluzească în călătoria spre sine restructurând valorile și principiile de viață.

Thomas More (6) vorbește despre depresie ca „fiind un proces dureros, care poate fi respectat ca fiind o sursă necesară și valoroasă pentru tămăduire”. Ființa umană trece prin anumite suferințe și le poate depăși nu reprimându-le, ci aducându-le într-un context terapeutic unde să poată fi exprimate. În acest caz, am putea spune că ele au darul unei inițieri și suferințele sufletești pot fi considerate ca un ritual de trecere, care marchează începutul unui capitol nou de viață, dar care trebuie trăit la alt nivel al conștiinței. Lecția ar fi aceea de a **conștientiza la momentul prezent de ce anume are nevoie sufletul prin a învăța cum să fie inserată suferința în canavaua vieții, cum poate fi depășită, aducând astfel o contribuție vieții.**

Prin psihoterapie este posibilă intrarea în misterul goliciunii inimii, acolo unde este întuneric, gol, izolare și rece, și, condusă de terapeut și de ghidul interior care există în fiecare din noi, ființa umană poate avea o viziune nouă asupra sănătății și bolii, a vieții proprii și a vieții în general. Oscar Wilde, un bun cunoscător al golurilor din viață, a făcut remarcă „Misterul final este omul însuși”(7).

6. Studiu de caz Amalia

Anamneza

La cabinet s-a prezentat o persoană de sex feminin cu vârsta de 64 ani, pensionară, căsătorită, cu doi copii mari. Unul dintre fiii pacientei a divorțat de soția sa și aceasta a îndurerat-o foarte mult, e „ca și cum i s-a dărâmat un vis” în care a investit ani mulți, speranțe și așteptări ridicate. S-a simțit tot mai copleșită, dar nu și-a exprimat în mod direct dezamăgirea și suferința pentru a nu-i face pe membrii familiei nefericiți. Păstrează legătura cu ex-nora și cu nepoții, dar nu mai este același lucru. Băiatul este într-o relație nouă, se pare că nu este fericit, deși inițial era „în al noulea cer”, de aceea Amalia se simte și mai nefericită. Ea suferă de **tulburări cardiace de trei ani, a solicitat consultația medicului cardiolog și a fost diagnosticată cu un puseu hipertensiv cu valorile 210/130 mmHg, tulburare ocazionată de divorțul și nefericirea fiului său.** A primit o rețetă unde i-au fost prescrise medicamentele pe care și le administrează în mod consecvent respectând întocmai prescripțiile. La a patra ședință, pacienta își amintește un alt eveniment traumatizant – un conflict prelungit cu ani în urmă cu o vecină tulburată psihic și diagnosticată cu schizofrenie de medicul specialist în sănătate mentală. Aceasta o reclama în mod frecvent pentru activitatea liberală pe care o desfășura la acea vreme. A fost nevoită să închidă firma în urma numeroaselor conflicte avute cu această vecină, care a făcut numeroase sesizări la adresa ei și a soțului; având numeroase controale, a decis să lichideze firma. În urma acestei decizii, Amalia a suferit foarte mult deoarece a început să se simte inutilă și izolată din punct de vedere psihosocial. Cu ocazia acestei confesiuni, pacienta spune: „de fapt, prima criză nu a fost când a divorțat băiatul, ci atunci când am decis să închid firma”. Consultând și medicul psihiatru, rețetele pacientei însumează un număr de 17 medicamente. De trei ani, pacienta urmează

cu regularitate prescripțiile, dar acum suferă și de insuficiență renală. Această nouă boală i-a accentuat și mai mult depresia, suferința în general și se simte foarte tristă, plânge mult, are cefalee, amețeli, acufene, insomnii, nu mai are speranță și afirmă că pe ea nu o poate nimeni ajuta și că probabil va muri. Merge greu, obosește ușor și pare mult mai în vârstă decât vârsta ei cronologică. S-a documentat asupra bolilor sale și este foarte îngrijorată de ideea de hemodializă, ea are credința că va ajunge să urmeze asemenea procedură și își vede viitorul năruit, gândirea pacientei este negativă și pare că nu mai dorește să lupte și să depășească problemele de sănătate și cele de viață. Motivul? Nu așa și-a imaginat viața la vârsta de acum, are valori perene în legătură cu familia și nu poate accepta în mintea ei divorțul fiului. Pe parcursul terapiei, mi-a mărturisit că deși inițial a declarat că a venit la cabinet pentru băiatul divorțat, pe măsura derulării evenimentelor, a ieșit la suprafață că nu este mulțumită nici de cel de al doilea fiu deoarece acesta are aproape 40 ani, a avut numai relații nepotrivite din punctul ei de vedere și nu are de gând să se căsătorească prea curând deoarece este exigent și nu găsește ceea ce caută, o persoană conform propriilor standarde. „*De fapt am venit la cabinet pentru amândoi fiii*”, spune pacienta (se pare că nu a venit și pentru ea). La următoarele ședințe, mi-a mărturisit că a stat de vorbă cu fiul necăsătorit și acesta și-a amintit că la vârsta de 20 de ani pe când avea o prietenă, ea, mama, s-a opus considerând că fata nu este potrivită pentru el și că ar fi mai bine să se centreze pe învățat deoarece „dragostea îl îndepărtează de obiectivul studiului”. De atunci, băiatul a considerat de fiecare dată că trebuie să întrerupă relațiile de prietenie pe care și le construia, scenariul vieții se autoreproduce stereotip. În urma convorbirilor din cabinet, pacienta a început să facă priza de conștiință la propriul comportament; de fapt, ea le-a controlat până acum viața în ideea că le dorește binele și prin sugestiile ei, credea că îi ajută. Așa cum afirma Samuel Johnson, „The road to hell is paved with good intentions” (Drumul spre iad este pavat cu cele mai bune intenții).

Lista de obiective

1. Comunicarea eficientă cu membrii familiei.
2. Întărirea eului, recâștigarea încrederii în sine.
3. Gândirea pozitivă.
4. Gestionarea trăirilor.
5. Dobândirea răbdării.
6. Regăsirea de sine, reechilibrarea emoțională, restabilirea tensiunii în limite normale.
7. Împăcarea cu sine, cu viața, cu fiii, cu alții.
8. Iertarea de sine și iertarea celorlalți care au făcut-o nefericită.
9. Stabilirea unor activități, hobby-uri.
10. Dezvoltarea relațiilor interpersonale.
11. Implicarea în activitate.
12. Plimbări în aer liber.
13. Re(construirea) unor relații de prietenie și socializarea.
14. Renunțarea la modul de control al băieților.
15. Centrarea pe sine și pe obiectivele prezente.

Supozițiile construirii soluțiilor

1. Pentru fiecare problemă există o soluție.
2. Noi (psihologul și clientul) construim soluția.
3. Învățăm prin acțiune și alegere, învățarea este un proces continuu.
4. Singurele persoane pe care le schimbăm suntem doar noi înșine.

Instrumentele cercetării

1. Chestionarul Schmieschek.
2. Scala de depresie Hamilton.
3. Scala de anxietate Hamilton.
4. Testul Raven.
5. Testul Praga.
6. Testul Rey.
7. Testul Arborelui.
8. Interviu structurat.

Instrumentele de psihodiagnoză au evidențiat o funcționare cognitivă globală bună. Memoria de lungă durată și cea de scurtă durată funcționează la parametri normali, concentrarea atenției este bună, discriminarea stimulilor este medie, orientarea temporospațială foarte bună. Testul Raven a evidențiat un IQ de 120 (inteligență superioară), chestionarul Schmieschek a evidențiat cote mari la scala distimie (depresie patologică) și ciclotimie (instabilitate emoțională patologică). Scala de depresie Hamilton a evidențiat depresie profundă, scala de anxietate Hamilton a evidențiat anxietate moderată. Testul labirintului a evidențiat rezistență psihică diminuată, oboseală. Testul Arborelui (test proiectiv) a pus în evidență depresia și fragilitatea psihică ale pacientei. Testele au fost însoțite de anamneză, observație și interviu structurat.

Metode și tehnici de psihoterapie

1. Convorbirea nondirectivă.
2. Psihoterapie ericksoniană – locul secret, metafora muntelui, cele trei cutii (8).
3. Tehnici de imagerie pentru recâștigarea încrederii în sine.
4. Training autogen Schultz.
5. *Reframing*.
6. Integrarea părților aflate în conflict prin tehnici NLP (9).
7. Psihoterapie interpersonală.
8. Joc de rol pentru formarea competențelor sociale.
9. Tehnici de suport emoțional.
10. Tehnici transpersonale.

Efectele psihoterapiei

Psihoterapia s-a desfășurat în ședințe de 50 de minute, de două ori pe săptămână (am efectuat 18 ședințe până în prezent).

Pacienta este mai liniștită, mult mai calmă și echilibrată, simptomele au diminuat. S-a împăcat în mare măsură cu ea însăși, cu copiii ei, cu viața. A învățat să ierte și să lase în urmă trecutul.

A început să fie mai implicată în activități și are somnul mult mai liniștit, **au scăzut valorile tensiunii arteriale**, medicația i-a fost mult redusă. A devenit mai înțeleaptă și mai răbdătoare, socializează, face zilnic plimbări în aer liber. Deoarece ea „lipsea total din tablou”, a învățat să se focalizeze pe sine și pe obiectivele prezente și să iasă din (auto)izolare prin suportul psihologic, educațional, de *coping* și psihoprofilactic.

Își acordă mai mult timp pentru ea însăși, a învățat să aducă tăcerea minții prin tehnici de relaxare și reducere a stresului și evită să se tulbure atunci când mai primește vești triste de la copii deoarece consideră că acum, aceștia vor putea singuri să-și găsească soluții la propriile probleme și să-și gestioneze viața. Terapia continuă.

Bibliografie

1. Iamandescu I.B., Frunză A. (2009) – *Psihologie medicală – Psihosomatica bolilor cardiovasculare*, Ed. Infomedica, București.
2. Sher L. (2005) – *Type D personality: the heart, stress and cortisol*, <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/98/5/323.full>.
3. Enăchescu C. (2004) – *Tratat de igienă mintală*, Ed. Polirom, Iași.
4. Ionescu G. (1995) – *Tratat de psihologie medicală*, Ed. Asklepios, București.
5. Mitrofan I. (2000) – *Orientare experiențială în psihoterapie*, Ed. Sper, București.
6. Moore T. (1996) – *Îngrijirea sufletului*, Ed. Colosseum, București, p. 120.
7. Wilde O., (2003) – *De profundis*, Ed. Polirom, Iași.
8. Dafinoiu I., Vargha J.L. (2003) – *Hipnoza clinică*, Ed. Polirom, Iași.
9. Knight S. (2004) – *Tehnicile programării neurolingvistice*, Ed. Curtea Veche, București.

VIII. Abordarea psihoterapeutică a depresiei în bolile cardiovasculare

Liliana Neagu

Abordările psihoterapeutice pentru depresie sunt cel mai adesea recomandate pentru pacienții cardiaci, incluzând terapiile cognitiv-comportamentale și interpersonale. De asemenea, terapia conjugală (pentru pacienții cu conflicte intra-conjugale) s-a dovedit eficace în tratarea depresiei, în general la populația adultă, fiind o alegere bună când se constată că starea depresivă este cauzată sau amplificată și de calitatea slabă a relațiilor conjugale.

Deși fiecare modalitate de tratament diferă în termeni de accent și tehnică, oricare dintre orientări pot fi adaptate pentru a aborda diverse probleme de prezentare care ajută oamenii să apeleze la terapie.

1. Terapia interpersonală

Terapia interpersonală (IPT) durează între 12 și 16 săptămâni; este vorba de psihoterapie individuală concepută pentru a trata depresia majoră unipolară (1).

Obiectivele IPT includ reducerea simptomelor depresive și a conflictelor în relațiile interpersonale. Conflictele interpersonale pot precipita simptomele depresive curente, acesta fiind un domeniu major de punere a accentului când se lucrează într-un model de IPT.

Prezentarea problemelor cu conflicte interpersonale se încadrează în patru categorii generale:

a) **durere legată de pierderea unei persoane iubite** (de exemplu, „mi-am pierdut fiul într-un accident și nu am putut să plâng niciodată”);

b) **probleme de schimbare a stilului de viață** (de exemplu, „am fost nevoit să mă retrag după operația mea bypass și acum nu mă simt motivat să mă trezesc dimineața”);

c) **conflicte de relaționare cu o persoană importantă** (de exemplu, „nu-mi place modul cum se comportă șeful meu, dar am de-a face cu el în fiecare zi”);

d) **izolarea care rezultă din deficite în rețeaua de sprijin** (de exemplu, „eu locuiesc singur și mă bazez doar pe mine”).

Modelul IPT presupune că depresia este o boală medicală bazată biologic. Vizualizarea depresiei ca provenind exclusiv de la vulnerabilitatea fiziologică poate reduce sentimentele de rușine sau de stigmatizare, făcând tratamentul mai ușor de înțeles pentru mulți pacienți cardiaci deprimați.

Un studiu clinic pe scară largă de IPT pentru depresia cardiacă, finalizat în Canada (2), arată că mai mult de jumătate dintre pacienții tratați cu acest model a cunoscut o reducere a simptomelor de depresie. Șaptesprezece pacienți cu boală arterială coronariană, care au îndeplinit criteriile de depresie majoră au fost înscriși în studiu, toți participând la 12 sesiuni săptămânale de IPT și 10 din cei 17 pacienți au primit, de asemenea, medicamente antidepressive. La sfârșitul tratamentului, 53% dintre participanți au îndeplinit criteriile pentru reducerea semnificativă a simptomelor depresive, obținând scoruri mai mici sau egale cu 7 și 14 puncte. IPT este considerat un tratament promițător și există o literatură bogată de instituire a eficacității IPT ca un tratament pentru depresie, în general, și pentru pacienții de îngrijire primară, în special (3, 4).

Astfel, se consideră că terapeuții cu orientare IPT ar găsi această modalitate să se adapteze deosebit de ușor la tratamentul pacienților cardiaci deprimați. La rândul lor, persoanele cu boli de inimă sunt deosebit de receptive la un model relativ scurt de psihoterapie, eliminând în acest fel o parte din stigmatizarea asociată în mod tradițional cu boli mintale prin accentuarea depresiei ca un proces de boală bazată biologic.

CREATE (*Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy*), cel mai mare studiu randomizat, a testat 12 sesiuni de IPT plus managementul clinic împotriva managementului clinic singur (cu și fără citalopram – Celexa) în fiecare braț de tratament. Au fost incluși în studiu 284 de pacienți – citalopramul fiind dovedit superior față de placebo în reducerea

simptomelor depresive, timp de 12 săptămâni. Cu toate acestea, nu a existat nicio dovadă că rezultatele IPT au îmbunătățit managementul clinic, acest lucru ridicând întrebări cu privire la comparația componentelor specifice ale „managementului clinic”.

Managementul clinic a fost dezvoltat în cadrul Institutului Național de Sănătate Mintală și este o scurtă (aproximativ 20 de minute) educație și sesiune de suport/sprijin care evaluează simptomele depresive, oferind informații despre depresie și sprijin, promovând respectarea administrării medicamentelor și participarea la întâlnirile de studiu.

Medicii care furnizează sesiuni de management clinic evită comportamentele de interpretare, efectul explorării sau problemele de relaționare.

Cu toate acestea, și acest lucru este important, terapeuții de studiu IPT „livrează” atât sesiunile de management clinic, cât și IPT. Participanții care au fost randomizați la brațele de management clinic au avut o sesiune de 20 de minute, și cei randomizați la managementul clinic + IPT au avut 20 de minute de management clinic urmate imediat de o medie de 48 de minute de IPT. Aderența a fost bună. Toți (N = 284) subiecții studiului în procesul CREATE au ajuns la cel puțin un management clinic sau IPT plus sesiune de management clinic și 86% dintre aceștia au finalizat cele 12 sesiuni. Cu toate acestea, studiul CREATE a ilustrat cât de dificil este să proiecteze un placebo ideal pentru psihoterapie. Având aceiași terapeuți a fost oferit atât managementul clinic și IPT, evitându-se efectele influenței terapeutului individual, cât și posibilitatea ca scorurile să fie „umflate” pentru a satisface clinicianul.

O problemă cu acest design este faptul că starea de control nu este chiar posibilă în practica clinică. Managementul clinic efectuat de psihoterapeuți instruiți nu este disponibil în medicina din viața reală. Este adevărat, așa cum autorii au concluzionat, că IPT nu este mai eficient pentru tratarea depresiei decât o sesiune de 20 de minute a managementului clinic? Sau poate acest studiu atent conceput a creat un artificiu considerabil în starea de control? Cu siguranță, acest studiu subliniază că factorii nespecfici care reprezintă cea mai mare parte din varianta rezultatelor psihoterapiei par să fie reprezentați în beneficiul interacțiunii *face to face*.

De asemenea, acest studiu demonstrează că 20 de minute de intervenție clinică *face to face* de 12 săptămâni sunt suficiente pentru a ameliora simptomele de depresie. Contactul limitat cu un terapeut calificat este evocativ, creând de multe ori un nivel mai mare de intensitate și de aprofundare a procesului, mai mult decât ar putea să apară în caz contrar. Poate că cele 20 de minute de gestionare clinică, împreună cu ședințele de suplimentare de 48 de minute de IPT, diluează, de fapt, efectul intervenției. Există **puține cercetări** cu privire la cantitatea de timp optimă pentru ședințele de psihoterapie, iar sesiunile tradiționale de 50 de minute sunt artefacte de precedent istoric. S-ar putea aplica managementul clinic în viața reală? Pentru a ști dacă managementul clinic va fi eficient în practică, am avea nevoie să testăm folosind asistenți medicali care sunt disponibili în astfel de locuri pentru a efectua intervenția. Având în vedere lipsa de date pe termen lung pentru studiul CREATE, rezultatele bune prezentate de IPT în practicile de îngrijire primară, disponibilitatea relativă a terapeuților IPT instruiți și deficitul terapeuților bine

pregătiți, care sunt disponibili pentru aplicarea managementului clinic, se pare că IPT rămâne un tratament viabil pentru depresie la pacienții cardiaci.

2. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC)

Terapia cognitiv-comportamentală (5) a fost primul „tratament” supus studiului clinic pe scară largă, demonstrându-se eficacitatea acestuia la pacienții cardiaci.

Există o multitudine de dovezi empirice care arată că terapia cognitiv-comportamentală este eficientă pentru depresie – în general și, în special pentru pacienții cu afecțiuni medicale. TCC presupune că gândurile negative sau de autocritică periodică duc la sentimente depresive și că modul în care oamenii gândesc (cogniția) afectează ceea ce fac (comportamentul). Un obiectiv principal al TCC implică modificarea gândurilor, a credinței, a atitudinii și a imaginilor mentale, precum și capacitatea de a concentra selectiv atenția. Alt obiectiv major al TCC este adaptarea comportamentelor care sunt congruente cu gândurile raționale, prin creșterea timpului petrecut în activități plăcute, rezolvarea problemelor, reducerea izolării sociale.

De exemplu, cognițiile care sunt punctul central al tratamentului pot include gândirea catastrofică (de exemplu, „am avut un atac de cord și voi muri înainte de 50 de ani, la fel ca tatăl meu”) sau atribuirea (de exemplu, „soția mea este cicalitoare tot timpul și ea este motivul pentru durerea mea din piept”).

Exemple de distorsiuni cognitive

1. **Radicalizarea** – gândirea „totul sau nimic”: tendința spre conceptualizări rigide ale problemelor ca având soluții *alb* sau *negru*; de exemplu, „dacă nu merg la fiecare curs de reabilitare cardiacă, s-ar putea la fel de bine să nu-și exercite efectul totalmente”;

2. **Suprageralizarea** – a dramatiza o dificultate obișnuită generalizând-o în mod excesiv; de exemplu, „trebuie să deschid toate facturile mele în spital, altfel pot pierde ceva important”;

3. **Deformarea selectivă** – a nu reține decât partea negativă a lucrurilor sau a minimaliza ceea ce este pozitiv, amplificând ceea ce este negativ;

4. **Concluzii pripite** – elaborarea unei interpretări fără o evaluare rațională a tuturor explicațiilor sau a factorilor care contribuie; de exemplu, „soția mea nu este atentă cu mine, acum că am plecat din spital, este posibil să creadă că am devenit o povară”;

5. **Gândire catastrofală și predicții exagerate despre o consecință improbabilă și îngrozitoare**; de exemplu, „sunt șocat de defibrilatorul implantabil, trebuie să spun că mă face mai bolnav și timpul meu este limitat”;

6. **Minimalizarea** – tendința de a ignora sau de a rămâne detașat emoțional de problemele importante, mai ales emoționale, sau de nevoile fizice; de exemplu, „deși am avut o intervenție pe cord deschis, mă simt normal acum și ar trebui să pot să merg înapoi la muncă”.

Cele trei strategii terapeutice de bază folosite de terapeuții TCC sunt: **activare comportamentală, modificarea gândurilor automate și rezolvarea**

problemelor active. Acestea sunt, în general, bine primite de pacienții cardiaci, deoarece tratamentul este scurt, obiectivele sunt ușor de înțeles și abordarea se bazează pe colaborare.

Studiul ENRICHD ce vizează recuperarea în bolile coronariene, finanțat de Național Heart, Lung and Blood Institute, a fost primul mare studiu randomizat controlat de un tratament psihoterapeutic pentru pacienții cardiaci depresivi (6). ENRICHD a fost conceput pentru a determina dacă psihoterapia individuală sau de grup la pacienții cu infarct miocardic acut a fost eficace în tratarea depresiei sau în caz de suport social scăzut și dacă această abordare a afectat rezultatele cardiace.

ENRICHD a înscris 2481 de pacienți în decurs de o lună de la IM. TCC a durat 6 luni cu o medie de 11 sesiuni individuale. În multe cazuri, sesiunile inițiale de tratament s-au desfășurat în casele pacienților, astfel încât participanții compromiși medical ar putea primi tratament în intervalul de timp specificat de protocolul de studiu. Punctajul participanților, foarte mare la început la Scala Hamilton pentru depresie sau a căror depresie nu a fost redusă cu 60% după cinci săptămâni, a primit, de asemenea, Zoloftul (generic – clorhidrat de sertralină), un inhibitor selectiv al recaptării serotoninei (SSRI). Aproximativ 3 din 4 participanți erau încă în viață la 29 luni după începerea studiului și nu a existat nicio diferență între grupurile experimentale și de control în ceea ce privește efectul asupra mortalității și morbidității cardiace.

TCC s-a dovedit un tratament eficient pentru depresie și asistență socială redusă ca urmare a IM, dar magnitudinea efectului nu a fost la fel de mare cât sperau anchetatorii. După 6 luni, pacienții cu depresie în stare de tratament TCC au avut o reducere de 57% în depresie, comparativ cu o reducere de 47% în grupul obișnuit de îngrijire. Pacienții cu sprijin social scăzut care au primit tratament TCC au avut o îmbunătățire de 18% în îngrijirea medicală obișnuită.

Îngrijirea vizuală a programului de studiu ENRICHD a avut o îmbunătățire mai bună decât se aștepta în depresie în cele 6 luni de la atacul de cord inițial. Comunitatea cercetătorilor a speculat că ar exista mai multe explicații posibile. Studiul a fost dificil de efectuat din cauza schimbărilor în îngrijiri, durata șederii în spital, forțând personalul de cercetare să recruteze participanți într-o combinație laborioasă de vizite de studiu efectuate în timpul spitalizării și la domiciliul participanților. Studiul a subliniat că traiectoria în depresie la pacienții cardiaci are permutări nenumărate. Unele reacții depresive, în urma unui eveniment cardiac sunt reactive, fără prognostic semnificativ. Pentru alți pacienți depresia precede IM. În alte cazuri, istoria depresiei anterioare suportă o vulnerabilitate crescută la depresie recurentă după declanșarea unui eveniment cardiac. Un subgrup de 1 165 de participanți ENRICHD înscrisi în brațul de tratament a căror depresie nu s-a îmbunătățit au avut o întârziere (> 6 luni după IM), ratele de mortalitate cardiacă fiind mai mari comparativ cu pacienții care au beneficiat de intervenție TCC a căror depresie a răspuns la tratament, indicând faptul că depresia la pacienții cardiaci poate fi letală. Deși studiul ENRICHD nu a demonstrat că un tratament pentru depresie afectează morbiditatea cardiacă sau mortalitatea, au făcut-o în avans cunoștințele în domeniul cardiologiei comportamentale, confirmând că TCC este eficace pentru tratamentul depresiei.

3. Terapia conjugală

Căsătoria, calitatea conjugală și locuitul singuri au fost toate legate de depresie la pacienții cardiaci. O relație bună cu partenerul ar putea oferi sprijinul necesar pentru a adera la recomandările tratamentului și să ofere unele „scuturi” împotriva stresului de la apariția unui eveniment cardiac. În schimb, o căsătorie marcată de conflicte și de furie poate duce la deficiențe în funcția sistemului imunitar și un răspuns depresiv. Experimentele de laborator au documentat efectele negative ale conflictului marital pe nivelurile de hormoni și ale markerilor sistemului imunitar, pe reactivitatea cardiovasculară și pe depresie (7).

În aceste tipuri de studii de cercetare, partenerii sunt reușiți într-un cadru de cercetare și rugați să discute un subiect cunoscut a fi o sursă de neînțelegeri sau argumente frecvente. Comportamentele verbale și nonverbale (de exemplu – lipsa contactului vizual, ridicarea vocii, retragerea emoțională, plânsul, critica, sarcasmul) sunt observate și evaluate. Parametrii fiziologici (de exemplu, nivelurile de cortizol, tensiunea arterială, ritmul cardiac) sunt, de asemenea, măsurați. Deși cercetarea în terapia conjugală pentru pacienții cardiaci cu depresie este destul de limitată, există câteva întrebări referitoare la faptul că slaba calitate conjugală este legată de depresie, iar în cazul în care aceasta este prezentă, trebuie să fie abordată în planul de tratament.

Programul de sprijin al relațiilor este un exemplu de terapie conjugală care a fost adaptat la tratarea pacienților cardiaci (8). Acest program este conceput pentru a completa intervențiile medicale și pentru a ajuta cuplurile să examineze modul în care problemele relaționale sunt afectate de evenimentele cardiace. O revizuire a opt studii cu privire la terapia conjugală pentru depresie a evidențiat faptul că terapia conjugală este la fel de eficace pentru tratamentul depresiei ca și terapia individuală, iar această alegere ar trebui să fie determinată de preferințele pacientului.

4. Psihoterapia psihodinamică

Sub umbrela psihoterapiei psihodinamice pe termen lung, există o serie de modele de intervenție care s-au dovedit a fi eficace în tratarea depresiei la populația generală. Psihoterapia psihodinamică se concentrează pe experiențele anterioare timpurii sau recente cu alte persoane importante din viața pacientului. Acest model terapeutic presupune că modelele dezadaptative sunt sortite să se repete până când o persoană câștigă perspectivă asupra modelului și se hotărăște să schimbe aceasta. Tratamentul poate fi axat pe un eveniment de precipitare sau pe un conflict central. Un obiectiv de terapie poate fi de a schimba trăsături de personalitate dezadaptative. Terapia psihodinamică utilizează, de obicei, ambele interpretări și interpretarea transferului. Modelele psihoterapiei psihodinamice variază foarte mult, o mare parte din practica terapeuților folosind fie o orientare psihodinamică, fie încorporează o serie de principii de la această modalitate de tratament. În ultimii ani a devenit mai frecventă practica psihoterapiei psihodinamice limitată în timp, cu un număr de sesiuni de 12-40. Un accent clar pe timp

poate fi util în desfășurarea psihoterapiei pentru pacienții cardiaci, deoarece mizează pe amintirea naturală a precipitării mortalității de un atac de cord sau de spitalizare. Mai multe studii recente au demonstrat că terapia psihodinamică limitată în timp este aproximativ echivalentă în termeni de efecte ca și terapia cognitivă și terapia de susținere pentru tratamentul depresiei și a anxietății.

5. Ruminția

Persoanele deprimare au adesea tendința de a medita sau de a deveni introspectivi și axați pe situații care provoacă suferință. Oamenii care meditează mai mult au mai multe șanse de a deveni deprimati. S-a emis ipoteza că meditarea este o cale posibilă de legătură a depresiei cu bolile de inimă; oamenii care „rumegă” au tendința să aibă perioade prelungite de creștere a frecvenței cardiace și a HTA. Experimentele multiple de laborator au demonstrat că, atunci când ruminția este indusă, este mult mai probabil ca oamenii să se simtă supărați, ca răspuns la factorii de stres din mediu, să aibă dificultăți de concentrare și tensiune arterială crescută, chiar după ce stimulul inițial este eliminat. Din punct de vedere cognitiv-comportamental este important să se întrerupă procesul cognitiv de meditare prin distragerea atenției, gânduri oprite, reevaluare cognitivă sau activarea comportamentală (9). Privit printr-o lentilă interpersonală, angajamentul cu o altă persoană poate reorienta atenția în afara sinelui și de a rezolva dificultățile relaționale care ar putea exacerba procesul meditator.

* * *

Depresia urmată de atacul de cord poate prezenta o nouă oportunitate de creștere emoțională pacienților cu afecțiuni cardiace, așa cum relațiile și valorile sunt reexamineate în timp limitat. Terapeuții pot încorpora, referitor la IM sau angioplastie, așa cum un catalizator obligă la maturizare psihologică cu afirmații de genul „atacul de cord pare să fi adus acasă importanța de a face modificări substanțiale în viața ta chiar acum, mai degrabă decât să aștepte”. Adaptarea terapiei pentru tratamentul pacientului cu afecțiune cardiacă deprimat implică a acorda atenție deosebită zonelor cunoscute de a avea un impact asupra sănătății inimii: **izolare socială** – afectează negativ adaptarea la un nou diagnostic a bolilor de inimă, **schimbarea stilului de viață și aderarea la regimul medical**. Deoarece depresia urmează un curs cronic și este asociată cu un risc crescut de suicid, recunoașterea și tratarea depresiei sunt priorități pentru îngrijirea cardiacă.

Bibliografie

1. Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J., Chevron E.S. (1984) – *Psihoterapia Interpersonală în depresie*, Basic Books, New York.
2. Lesperance F., Frasure-Smith N., Talajc M., (2007) – Major depression before and after myocardial infarction: It's nature and consequences, *Psychosom. Med.*, 58: 99-110.

3. Barkham M., Hardy G.E., Mellor-Clark (2001) – *Dezvoltarea și furnizarea practică pe bază de dovezi: Ghid practic pentru terapiile psihologice*, pp. 329-353, Chichester: Wiley.
4. Schulberg et al. (2001) – cit. Dornelas (2012) E.A. (ed.), *Stress Proof the Heart, Behavior for Cardiac Patients*, 389 DOI10.1007/978-1-4419-5650-7-17, Springer Science Business Media, LLC.
5. CBI, Beck A.T. et al., Rush A.J., Shaw B.F., and Emery G. (1979) – *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford.
6. Berkman L.F. et al. (2003) – *Effects of treating depression and low perceived social support or clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial*, *Jama*, jun. 18; 289(23):3106-16.
7. Newton Tamara L., Sanford Janine M. (2003) – Conflict structure moderates associations between cardiovascular reactivity and negative marital interaction, *Health Psychology*, 22(3):270-8.
8. Rankin-Esquer L., Deeter A., Taylor C. (2000) – Coronary heart disease and couples in K. Schmalting (Ed.), *The psychology of couples and illness: Theory, research & practice*, pp. 43-70, Washington DC, Am. Psychol. Association.
9. Ray R.D. and Zald D.H. (2005) – Anatomical insights into interaction of emotion and cognition in the prefrontal cortex, *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 36, 479-501.

IX. Strategii de intervenție psihologică pentru reducerea stresului ocupațional la bolnavii cardiovasculari din mediul organizațional

Maria Ionescu

În România, în ultimii douăzeci de ani, au avut loc mutații economice semnificative: s-au făcut pași însemnați în trecerea de la un sistem economic depășit spre unul capitalist; s-a trecut treptat de la accentul tradițional pus pe producția manufacturieră și de bunuri de consum la o economie orientată în mare parte pe servicii. Acest lucru este o realitate, deși nu e ușor de observat (1). Specifică societății românești de astăzi este o creștere substanțială a nivelului de stres și al reacțiilor la ceea ce au fost numiți în literatura de specialitate ca fiind „stresori” (2).

În condițiile vieții actuale una dintre cele mai importante fațete ale stresului este stresul la locul de muncă, acesta fiind considerat pe plan internațional, european și național o preocupare comună, atât pentru angajatori și angajați, cât și pentru cercetători (3, 4, 5, 6).

Despre starea de bine în organizații s-au desfășurat ample cercetări în plan mondial și este o temă de mare interes; în România nu a fost abordată sistematic, ca temă de cercetare.

Însă evoluția organizațiilor românești a generat o sporire a atenției acordate stării de bine a angajaților de către cercetarea și practica psihologiei

organizaționale în România, pe fondul exigențelor impuse de normele și practicile aplicate în companiile multinaționale și al efortului general de integrare pe linia politicilor europene de promovare a sănătății și a stării de bine la locul de muncă.

Literatura de specialitate referitoare la tema sănătății și a stării de bine în organizații acoperă diferite perspective asupra acestei problematici: fizică (7, 8), psihică (7) și mentală (9).

Starea de bine este un construct larg biopsihosocial care include: sănătatea fizică, psihică mentală și socială. Regăsirea acestei dimensiuni în organizație aduce beneficii și pentru oamenii din organizație, precum și pentru cei din afara acesteia; face ca organizația să fie mai productivă, mai atractivă și mai responsabilă pentru starea angajaților săi.

1. Stresul ocupațional

Sănătatea și starea de bine în organizație sunt foarte importante din mai multe motive. În primul rând, experiențele individului la locul de muncă (fizice, emoționale, mentale, sociale) au consecințe directe asupra sa. Mai mult, aceste experiențe generează efecte și în afara muncii individuale. Interferența dintre muncă și viața privată este o temă foarte la modă astăzi în psihologia organizațională și a muncii. În al doilea rând, au crescut interesul și importanța altor elemente care țin de muncă și care afectează sănătatea și starea de bine a angajatului, un rol important îl are stresul ocupațional (suprasolicitarea profesională), agresiunea și violența la locul de muncă, hărțuirea sexuală, comportamente disfuncționale la locul de muncă.

Managerii organizaționali recunosc faptul că sănătatea și starea de bine la locul de muncă pot avea efecte negative atât pentru angajați, cât și pentru organizație. De pildă angajații cu o sănătate precară asociată cu un declin cognitiv-afectiv au rezultate net inferioare, pot lua decizii greșite etc. Pentru individ o astfel de situație induce costuri fiziologice, psihologice și emoționale.

Cei mai mulți angajați consideră stresul ca fiind normal la locul de muncă. Sunt anumiți angajați care resimt efectele stresului mult mai sever decât colegii lor, iar când efectele lui depășesc anumite limite se reduce și rezistența la factorii de stres și oboseală, se diluează atenția și concentrarea în timp. Alți angajați se îmbolnăvesc și au nevoie de concedii medicale, de tratamente medicale pentru a-și reface sănătatea.

Uniunea Europeană acordă o atenție deosebită „stresului ocupațional”, din cauza scăderii productivității, a creșterii absenteismului, a fluctuației de personal, a accidentelor de muncă, a cheltuielilor medicale directe, a cheltuielilor cu asigurări medicale și compensații pentru angajați.

Organizația Internațională a Muncii estimează faptul că stresul ocupațional provoacă o pierdere echivalentă cu 10% din Produsul Intern Brut al unei țări.

În economia americană, stresul ocupațional provoacă pierderi de 300 de miliarde de dolari. *Biroul de Supraveghere a Accidentelor de Muncă și a Îmbolnăvirilor profesionale* din SUA a anunțat în ultimii ani (din 2008 până în prezent) peste 3 400 de cazuri de îmbolnăviri provocate de stresul ocupațional. Aceste

cazuri au necesitat în medie 23 de zile de concediu medical (de 4 ori mai multe decât cele provocate de alți factori), dar 40% din cazurile de îmbolnăvire provocate de stresul ocupațional au necesitat peste 31 de zile de concediu medical pentru recuperare.

❖ **Cauzele stresului ocupațional în organizații**

- Insuficienta cunoaștere a instrucțiunilor și a procedurilor de lucru din cauza schimbărilor foarte frecvente ale acestora.
- Program de training necorelat cu necesitățile reale ale personalului.
- Fișa postului incorectă, neconformă cu cerințele reale.
- Responsabilități și standarde absente sau confuze.
- Suprasolicitarea la locul de munca (lucrul peste program).
- Reorganizări majore frecvente.

❖ **Efectele stresului ocupațional**

Creșterea riscului de îmbolnăvire: peste 65% dintre consultațiile la angajare și controalele periodice din cadrul Centrului de Medicina Muncii sunt efectuate pentru afecțiuni provocate de stresul profesional.

Stresul ocupațional este implicat în principalele afecțiuni cardiovasculare, diabet zaharat, accidente la locul de muncă.

Cele mai afectate profesii sunt cele ce implică relaționare interumană și acte decizionale. Femeile cu funcție de decizie într-o organizație sunt cu 50% mai expuse la stresul ocupațional decât bărbații cu același statut.

Stresul psihic poate fi apreciat ca un examen (de fapt, o serie de examene repetate) pe care îl dă ființa umană – atât la nivel psihic, cât și somatic – cu agenții stresori psihici dintre cei mai variați (10).

2. Cercetare personală asupra bolnavilor cardiovasculari

Un studiu efectuat de psihologii unui centru de medicina muncii din Timișoara arată că evaluarea psihologică la controlul periodic, care are un caracter longitudinal, surprinde aspecte importante ale efectului stresului ocupațional în activitatea profesională a managerilor, cu referire specială la bolile cardiovasculare contractate de aceștia.

Scopul lucrării a fost acela de a identifica factorii stresori care au dus la apariția bolilor cardiovasculare, ca boală profesională în rândul managerilor tineri (cu vârste cuprinse între 24-49 ani). Dintre aceștia, 80% sunt căsătoriți, 65% au copii cu vârste cuprinse între 2 și 16 ani.

Obiectivele lucrării vizează Studiul relațiilor dintre apariția bolilor cardiovasculare, epuizarea emoțională și depersonalizare. Este vorba despre o cercetare nonexperimentală, în care variabilele luate în studiu sunt: epuizarea emoțională, depersonalizarea, adaptarea la stres și dinamica emoțională. Studiul este unul corelațional, urmărindu-se relațiile stabilite între aceste variabile.

Obiectivul general a fost creșterea fiabilității managerului la locul de muncă (calitatea serviciilor oferite clienților, productivitatea, omogenitatea echipei) prin

intervenția psihologului la locul de muncă, pentru creșterea eficienței activității **simultan** cu creșterea echilibrului între **lucru și viața de familie**.

Participanții au fost managerii unor firme multinaționale, cu vârste cuprinse între 24-49 ani, depistați cu afecțiuni cardiovasculare fără a avea antecedente în familie, adică rude tratate medical de asemenea afecțiuni. Pregătirea școlară: studii superioare. Perioada de evaluare psihologică: ianuarie 2010 – septembrie 2011.

S-a făcut o analiză cantitativă și calitativă a rezultatelor prin modelul *skill matrix* (matricea în care se regăsesc cerințele postului, cunoștințele managerului, necesarul și materialul de training). Acest model a fost prezentat în cadrul Conferinței APIO „HORIA PITARIU”(11).

Din totalul managerilor evaluați din punct de vedere psihologic la cele trei firme, 54 au fost identificați cu afecțiuni cardiovasculare, informații obținute prin intermediul interviurilor. Dintre aceștia, 38 de manageri au acceptat recomandările făcute de medicii specialiști, continuând investigațiile și luând tratamentul de specialitate.

Dintre manageri, 16, cu vârsta între 24 și 32 de ani, sunt rezistenți la indicațiile medicilor specialiști, nu au continuat investigațiile și nu urmează tratamentul medicamentos.

❖ **Recomandări și măsuri**

Pentru aceștia se recomandă:

- prevenția stresului profesional în rândul managerilor prin programe de educație pentru sănătate;
- corelarea fișei postului cu capacitatea fiecărui angajat și stabilirea unui program de training eficient;
- stabilirea calității materialelor de training și revizuirea lor conform cerințelor din fișa postului;
- reducerea stresului ocupațional la manageri prin creșterea capabilității organizației;
- activități de suport/consiliere psihologică profesională;
- introducerea programelor de *coaching*;
- discuții de grup cu mentorii;
- stimularea performanțelor profesionale obținute;
- introducerea unui program flexibil de lucru;
- efectuarea periodică a evaluării psihologice la angajare, menținere în funcție, schimbare de funcție, la sesizare;
- nominalizarea de către manageri a problemelor existente la locul de muncă, pentru eventualele intervenții.

❖ **Concluzii și implicații**

Acest studiu poate avea o valoare importantă în domeniul psihologiei aplicate și ar putea fi continuat pe un eșantion mai mare, fiind incluse și femeile manager, sau formarea a două grupe de participanți compuse din femei, cât și din bărbați, astfel realizându-se un studiu comparativ care poate prezice mai bine cariera de

succes a managerilor într-o organizație și impactul afecțiunilor cardiovasculare pe grupe de vârstă.

Voi încerca să implementez un sistem de evaluare a performanțelor profesionale în profilul managerului pe grupe de vârstă și cerințele din fișa postului.

Bibliografie

1. Pitariu H. (2000) – *Managementul resurselor umane. Evaluarea performanțelor profesionale*, Editura All Beck, București.
2. Bogathy Z. (2007) – *Manual de tehnici și metode în psihologia muncii și organizațională*, Editura Polirom, Iași.
3. Zlate M. (2008) – *Tratat de psihologie organizațional-managerială*, volumul I, II, Colegium, Ed. Polirom, București.
4. Compbell (2001) – *Handbook of leadership*, New York, Free Press.
5. Nelson (2001) – *Handbook of leadership*, New York, Free Press.
6. Stein J. (2010) – *Forța inteligenței emoționale*, Editura All, București.
7. Cooper C.L. (1998) – *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*, New York.
8. Brown (1998) – *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*, New York.
9. Anderson (1997) – *A Programmatic Approach to Studying the Industrial „Environment and Mental Health“*.
10. Iamandescu I.B. (1997) – *Psihologie medicală*, Editura Infomedica, București.
11. Conferința APIO „HORIA PITARIU“ (2012) – Universitatea de Vest Timișoara.

CAPITOLUL 11

PRINCIPALELE SINDROAME ȘI BOLI CARDIOVASCULARE PSIHOSOMATICE (1)

I. Tulburări și sindroame funcționale cardiovasculare psihosomatice

A. Tulburări funcționale cardiovasculare psihogene

Ioan-Bradul Iamandescu, Andreea Corina Ropoteanu

Tulburările psihosomatice cardiovasculare funcționale reprezintă modificări fiziologice brutale, dar reversibile – pe un cord adesea îndemn – ale parametrilor esențiali cardiovasculari, apărute adesea ca simptome de „rezonanță afectivă” la o serie de stimuli stresori și afectând principalii parametrii hemodinamici (volum sistolic, frecvența cardiacă, tensiune arterială, tonus vasomotor etc.). Gradul de reversibilitate și, mai ales, constanța reversibilității în timp sunt tot mai reduse la subiecții cu predispoziții genetice pentru boli cardiovasculare, al căror debut este precedat sau se manifestă printr-o amploare și persistență crescute ale acestor tulburări cardiovasculare funcționale (2).

1. Tulburări de ritm induse psihogen

Într-o evaluare globală a etiopatogeniei aritmiilor, Vlastelika (1) apreciază că **stresul psihic generează frecvent tahicardie și extrasistole** alături de factorii meteorologici, excesul de cafea și de alcool, expunerea la poluanți și fenomene cronobiologice. Dintre factorii psihologici cel mai **frecvent declanșează extrasistole ventriculare distress-ul manifestat prin reacții de furie.**

Mai mult, autorul menționat a apreciat că aritmiile ventriculare ar putea fi incriminate în 20-40% dintre cazuri în apariția morții subite precedată de dureri precordiale.

a. Tahicardiile și bradycardiile regulate induse psihogen au la bază corelarea frecvenței cardiace cu reflexele de apărare sau de orientare către un stimul. Astfel, în cazul unui stimul intens (sonor, de exemplu), resimțit ca nociv de către

subiect, apare o **accelerare a frecvenței cardiace** (reflexul de „apărare”, „defensiv”) în timp ce – la o intensitate redusă a aceluiasi tip de stimul – intră în **acțiune reflexul de orientare**, corelat cu o **rărire a bătăilor cardiace** (3).

Efectul generator de tahicardii al SP se manifestă atât prin accentuarea unei tahicardii sinusale preexistente într-o serie de sindroame psihosomatice cardio-vasculare, cât și prin declanșarea de tahicardii paroxistice supraventriculare.

Un fapt cu o semnificație aparte pentru mecanismele psihofiziologice generale ale SP îl constituie discrepanța dintre nivelul crescut de catecolamine și frecvența cardiacă joasă la subiecții așezați pe scaunul stomatologului în așteptarea unui tratament dentar (4). Pentru astfel de situații a fost sugerat un mecanism vagal de contracarare a răspunsului tahicardic indus de catecolamine în SP, dar pare posibilă și o excitare a zonei reflexogene sinocarotidiene.

b. Extrasistolele reprezintă – după tahicardie – cea mai frecventă tulburare de ritm apărută în cursul SP, cel mai frecvent apărând cele supraventriculare.

Analiza – pe baza unor înregistrări prelungite (Holter) – a proporției de extrasistole apărute sub influența unor emoții, în raport cu numărul de bătăi normale, a pus în evidență creșteri ale numărului variind între 3-30% (5).

Extrasistolele (ES), induse psihogen, sunt adesea ventriculare, nu numai atriale, apar prin medierea influxului nervos declanșat de stimuli psihici și transmis pe cale vagală sau simpatică. Este cunoscut – și deja menționat, într-un alt capitol – cazul unor medici care prezentau ESV în timpul unor comunicări științifice la congrese medicale.

Klumbies (5) deosebește **ES psihogene la individul normal** de cele din **nevroze**, opinând că în diverse stări afective pot surveni ES, fără ca la baza lor să se afle obligatoriu o nevroză. Adesea, astfel de ES pot dispărea prin simpla re-ajustare a activității profesionale, cu ocolirea unor situații generatoare de SP, de exemplu, schimbarea unui loc de muncă stresant.

La bolnavii cardiaci, cu cât emotivitatea lor este mai mare, cu atât apar mai multe ES, induse nu numai de SP, ci și de efortul fizic, ca și de factorii meteorologici (vânt rece, umiditate scăzută).

Spre deosebire de subiecții fără afecțiuni cardiace, ES apărute la bolnavii cardiaci le induc acestora o stare de „mereu la pândă” spre a surprinde noi ES. Se pot instala, din acest motiv, adevărate cercuri vicioase. În astfel de situații apare – mai ales în cazul ES ventriculare – pericolul unei fixări iatrogene și a cronicizării. Mijloacele terapeutice medicamentoase, axate pe simptomele somatice, sunt capabile să lichideze această fixare într-o mai mare măsură decât psihoterapia centrată pe simptom.

Referitor la ES ventriculare (ESV) determinate de stres, Ziegelstein (6) apreciază rolul esențial al neuroimagingului care a evidențiat la pacienții cu astfel de bătăi ectopice o **activitate cerebrală asimetrică** (lateralizare a activității cerebrale în timpul distress-ului), contribuind la o stimulare asimetrică a miocardului din cauza căreia se produc arii de repolarizare omogenă ce creează o instabilitate electrică, facilitând apariția ESV. Autorul menționează rolul protector jucat de beta-blocante, dar și de un complex de factori psihosociali: atmosferă liniștită, exerciții yoga sau respirație lentă controlată și suport social.

c. Fibrilația atrială. Episoadele tranzitorii de fibrilație atrială paroxistică, apărute în cadrul unui SP, sunt estimate la cca. 3% (7).

Faptul că fibrilația atrială poate apărea și în mod reflex, așa cum s-a demonstrat după traumatisme craniene sau după îndepărtarea unui dop de cerumen auricular, dovedește posibilitatea ca SP să poată acționa **pe calea nervilor vag și accelerans asupra nodului sinoatrial**. Totodată, se poate înțelege și de ce unii indivizi prezintă accese de fibrilație atrială paroxistică la mirosuri neplăcute sau la atmosfera supraîncălzită (8).

Au fost semnalate și cazuri când la același subiect, de regulă stresat, apar tulburări de ritm diferite în funcție de starea de somn sau de veghe (ES atriale, fibrilație atrială, tahicardie sinusală sau paroxistică) (5).

d. Fibrilația ventriculară. Apariția fibrilației ventriculare (FV) pe un miocard alterat produce decesul ce poate fi prevenit, în prezent, prin aplicarea de șocuri electrice – în momentul apariției FV în cursul supravegherii medicale – sau prin implantarea unui dispozitiv cardioverter defibrilator care răspunde automat la puseele de FV. Studiul evenimentelor premergătoare apariției FV – implicit a șocului mecanic pe care îl simte purtătorul de ICVD – a evidențiat prezența frecventă a unor stresuri psihice manifestate prin furie, a căror implicare etiologică este foarte probabilă (9).

2. Tulburările de conducere induse de SP

Au fost mai puțin studiate și sunt reprezentate de lărgirea complexului QRS și reducerea amplitudinii acestuia. După Klumbies (5), aceste valori ating, în cursul unei excitații provocatoare de spaimă, 0,07 secunde, respectiv 1,38 mV, comparativ cu traseul de bază (0,01 secunde și, respectiv, 1,68 – 1,83 mV). O observație deosebită este relatată de Koch (cit. de 5), care a reușit în decursul a 3 săptămâni de tratament zilnic prin hipnoză, să crească alura AV la un bolnav cu bloc AV total, de la 12 bătăi/min, la 40 de bătăi/min, făcând să dispară (în această perioadă!) crizele Adams-Stokes anterioare acestui tratament.

3. Dureri precordiale, retrosternale sau cu un alt sediu toracic

La bolnavul cardiac, apariția lor poate fi expresia unei stări de tensiune psihică, exprimată în plan somatic – în cazuri de cardiopatii, pe un pat coronarian cel mai adesea afectat de ateromatoză – prin generarea unui **spasm coronarian** ori a unei **creșteri a consumului miocardic de oxigen** în condițiile unei irigații coronariene deficitare.

La subiectul indemn de o afecțiune organică a ACV, durerea precordială apare prin **excitarea intensă a terminațiilor senzitive simpatice din pereții coronarelor**, excitate de distensia aortică (10). Acest mecanism ar putea explica mai bine numeroasele situații în care bolnavii nevrotici, cei cu sindrom DaCosta sau chiar unii subiecți normali, acuză **precordialgii (fără caractere de durere coronariană)** în stări de anxietate care – în plus – se însoțesc de hiperventilație înconștientă, generatoare de dispnee, dar și de un posibil **spasm al musculaturii pectorale**.

Pentru psihologul clinician este utilă cunoașterea caracterelor durerii precordiale de cauză coronariană, fie pentru a sesiza la bolnavul investigat implicarea stresului psihic în generarea acestuia, fie pentru a exclude în cazul unor dureri „sine materia” pur psihogene sau, în cel mai rău caz, de cauză extracardiacă (cel mai adesea nevralgice, intercostale). Pentru lucrarea de față ne limităm la a înfățișa – după Braunwald (11) – caracterele generale ale durerii coronariene (din angină sau infarct): apăsare retrosternală constrictivă, cu iradiere în umărul și antebrațul stâng (dar și iradierii atipice în mandibulă sau în ambii umeri etc.) și apariție la efort (în special după mese) sau stres psihic („excitare emoțională”). Dispariția accesului anginos are loc (criteriu de patognomie) după administrarea de nitroglicerină sau la oprirea efortului (repaus). (O nevralgie intercostală, foarte frecvent confundabilă cu angina pectorală, persistă și în repaus).

O observație personală (7) a evidențiat la 150 de studenți acuze dureroase de tipul unei neuromialgii intercostale la 68 dintre ei, dar repartitia sediului a fost hemitoracele drept la numai 19 studenți (cca. 20%), în timp ce majoritatea (cca. 72%) a indicat hemitoracele stâng, ceea ce sugerează o receptivitate a durerii mai accentuată în această regiune deoarece indivizii se gândesc la o posibilă relație cu inima, ceea ce le crește vigilența față de astfel de dureri localizate în stânga, deși frecvența afectării nevralgice în partea dreaptă ar trebui să fie asemănătoare cu cea din partea stângă.

4. Dispneea „cardiacă” în cursul SP

În afara dispneei apărute la subiectul normal, supus unor emoții puternice, există o serie de afecțiuni cardiace, în special cele cu stază pulmonară (insuficiență cardiacă congestivă, valvulopatii mitrale etc.) la care SP generează agravarea dispneei preexistente. Mecanismele care intervin sunt reprezentate de accelerarea reflexă a ritmului respirator, în cursul SP, împreună cu solicitarea unor parametri hemodinamici situați la limita eficienței, instalându-se un cerc vicios între SP și agravarea dispneei, capabil să conducă în cazuri extreme la apariția unui edem pulmonar acut.

De altfel, anxietatea este reputată ca generând hiperventilație (7, 11).

Pentru medic este suficient să observe accentuarea dispneei la un cardiac în cursul unui SP. Legătura causală devine mai plauzibilă dacă medicul ar încerca să mediteze la faptul că morfina, într-un edem pulmonar acut, intervine și prin liniștirea bolnavului (pe lângă mecanismele cunoscute).

5. Variații ale tensiunii arteriale

Reacția catecolaminică de stres generează răspunsuri hipertensive chiar la subiectul normal, însă la bolnavii cu HTA există atât un nivel mai crescut al acestei secreții față de indivizii sănătoși supuși unui SP similar, cât și un nivel mai redus al secreției urinare de kalicreină (generatoare de bradikinină, mediator cu rol intens vasodilatator) (4).

Referitor la creșterea TA, la subiecții sănătoși, sub efectul SP, Elliot și Morales-Ballejo (12) au reușit – cu ajutorul unui test de stres – reprezentat de concentrarea atenției subiecților asupra unui joc video (ca o sarcină mediată

beta-adrenergic) – să diferențieze trei categorii de reacții: *output reactors*, la care TA crește exclusiv pe seama debitului cardiac ($\text{volum sistolic} \times \text{frecvență}$), fără modificarea rezistenței vasculare totale, *vasoconstrictive reactors*, la care TA crește exclusiv prin vasoconstricție periferică și *combined reactors*, la care TA crește prin ambele mecanisme. Această clasificare a pattern-urilor celor 3 parametri are implicații terapeutice clare, în sensul prescrierii de beta-blocante pentru *output reactors* și de vasodilatatoare pentru *vasoconstrictive reactors*.

Dacă legătura dintre **accesele de furie și creșterea TA** este de domeniul evidenței, există, de asemenea, o dovadă experimentală (Gerin și colab. cit. de 13) referitoare la un **croșet hipertensiv la pacienții cărora li se amintește** o situație anterioară declanșatoare a unui acces de furie.

Prin activarea simpatică, ostilitatea și furia provoacă, pe lângă creșterea AV și a TA, o eliberare crescută de cortizol, epinefrine, proteina C-reactivă și citokine proinflamatorii (14, 15).

Rolul SP se exercită diferit, pe un teren cu meiotragie funcțională vasculară, în **aparitia sindromului hipotensiv**. De ce hipotensiune și nu hipertensiune? Considerăm că este posibil ca, pe lângă o serie de particularități enzimatică la nivelul receptorilor peretelui vascular, să existe și o fază inaparentă, premorbidă cu valori normale tensionale, în cursul căreia s-ar fi putut epuiza, sub acțiunea unui SP cronic sau repetitiv, mijloacele uzuale endocrine (răspunsul secretor al ACTH, de exemplu) ca răspuns la agresiunea unor agenți stresori persistenți, „consumativi”. Ne referim la fazele unui SP prelungit înfățișate de Mills (cit. de 16): creșterea inițială a secreției de cortizol, diminuarea ei în cazul persistenței SP (ca urmare a revenirii la normal a serotoninei hipotalamice și a diminuării descărcării de ACTH) și, în sfârșit, scăderea secreției cortizolice la un nivel apropiat de cel întâlnit în boala Addison (analog cu hipocorticismul de disprotecție descris de Coculescu) (17). Interesant este că astfel de sindroame pseudoaddisoniene, de „epuizare” sub efectul SP cronic, sunt amendate după cca. 4 săptămâni de tratament cu antidepresive.

6. Modificări vasomotorii în diverse teritorii, apărute sub efectul SP

Ele pot fi apreciate direct, prin observație (**eritemul pudic, paloarea** din stările de spaimă, groază sau din **crizele vasospastice de tip Raynaud**, opusă expresiei fizionomice de „roșu la mânie”), ca și indirect, prin pletismografie.

Importante apar **stările lipotimice produse de ischemia cerebrală** apărută în cursul unui SP, soldat fie cu un răspuns hipotensor (**inhibiție vasovagală**), fie cu diferite tulburări cardiovasculare menite să scadă irigația cerebrală (tulburări paroxistice de ritm, de exemplu în sindromul Adams-Stokes).

Klumbies (5) citează cazul împăratului Tiberius, care, la auzul veștii despre urcarea sa pe tron, nu și-a mai putut încălța o cizmă, dar nici pe cealaltă – deja încălțată – nu și-a mai putut-o scoate, din cauza venodilatației provocate de acel eustress.

7. ECG-ul în cursul stresului psihic (SP)

Reprezintă un mijloc ideal de a obiectiva un SP. La un subiect normal nu se pot evidenția modificări ischemice coronariene de tip vasospastic în perioada

examinării, în timp ce bolnavii coronarieni – care pot prezenta crize de angor induse psihogen – exteriorizează mai ușor pe ECG influența SP (generatoare nu numai de vasospasm, ci și de un dezechilibru între consumul de oxigen crescut de descărcarea de catecolamine și posibilitățile scăzute ale irigației coronariene afectate de boală).

ECG poate prezenta toate modificările de ritm sau de conducere discutate anterior (multe nefiind percepute subiectiv), dar și alte aspecte, diferite de acestea. Cel mai mult interesează subdenivelarea segmentului ST (cu peste 1 mm), studiată sistematic de către Kleinsorge (18) mai ales prin metoda sugerării bolnavului, aflat sub hipnoză, a unor situații psihotraumatizante din biografia acestuia, unele dintre ele având valoare stresantă maximă (elective, nefiind valabile și pentru alți subiecți). Lapccirella (cit. de 19) a observat subdenivelarea ST la **subiecți fără cardiopatie, înaintea unei intervenții chirurgicale**.

Interesant este că la acești din urmă bolnavi a fost surprinsă **apariția subdenivelării ST** în condiții exclusive de SP, bolnavii respectivi având rezultate normale la proba de efort, iar studierea lor amănunțită – prin metode de laborator minuțioase, inclusiv coronarografii – nu a decelat un substrat organic, permițând astfel să se tragă concluzia naturii vasospastice funcționale a acestei modificări a ECG, în contextual unor modificări minime ale funcției cardiace și ale tensiunii arteriale în aceleași condiții de stres.

Desigur că va trebui urmărit dacă astfel de subiecți devin coronarieni cu vârsta ori dacă ei au un pattern individual de somatizare cardiacă a emoțiilor (2). Trebuie totuși menționat că subdenivelarea ST în cursul SP nu apare decât la o mică parte dintre subiecții indemni de cardiopatie coronariană. Majoritatea persoanelor sănătoase își mențin, și în cursul SP, traseul lor normal de repaus.

Boltwood și colab. (20) au evidențiat modificări ischemice miocardice prin simpla discuție în care se reamintea pacienților un episod în cursul căruia subiecții respectivi au manifestat un acces de furie declanșat de stresori identificați.

B. Sindroame psihosomatice cardiovasculare predominant funcționale

Ioan-Bradu Iamandescu, Andreea Corina Ropoteanu

Reprezintă entități clinico-psihologice mai vechi – cu sau fără substrat lezional – dominate de o simptomatologie predominant subiectivă, declanșată de stresul psihic. **Aceste sindroame sunt astăzi pasibile de încadrare în tulburările somatoforme** (de exemplu, vechiul sindrom Da Costa), dar și în manifestări clinice de *ischemie miocardică lezională fără substrat aterosclerotic* având totuși o etiologie organică, așa cum este cazul sindromului X cardiac (Likoff), cauzat de anomalii ale mușchiului neted al arterelor coronariene care limitează capacitatea dilatatoare a acestora, ca răspuns la stimulii nervoși și umorali.

Alteori este vorba de o **etiologie extracardiacă nu numai psihogenă**, așa cum este cazul sindromului cardiac hiperkinetic din hipertiroidism.

O notă generală comună tuturor acestor sindroame, este prezența unei **reactivități particulare a miocardului la o serie de excitanți polimorfi, inclusiv hormonii de stres.**

1. Hipotensiunea arterială esențială (hTAE)

Pentru mulți autori, hipotensiunea arterială esențială apare ca o **boală temporară cu statut de veritabilă nevroză**, în care rolul stresului psihic în apariția și evoluția ei este de necontestat (7).

Legătura dintre hTAE și SP este sugerată de **caracterul de „sindrom”** al afecțiunii în cadrul căreia TA – scăzută sub limitele a 100 mmHg pentru tensiunea sistolică și 60 mmHg pentru cea diastolică –, este **asociată cu o serie de alte simptome cu substrat psihopatologic**: fatigabilitate, astenie, cefalee, vertij, irascibilitate, transpirații, labilitate afectivă etc., fapt ce i-a făcut pe unii autori să vorbească mai degrabă de un „sindrom al hipotensivului” (21). Simptomele nevrotice menționate nu sunt însă legate de hipotensiune, ele persistând și în cazul normalizării temporare a valorilor TA prin diferite preparate medicamentoase.

hTAE apare deci ca simptom – ca și celelalte acuze subiective, dominate de astenie și fatigabilitate – în cadrul unui veritabil sindrom nevrotic. Pe acest fond apar adesea și stări lipotimice induse, de regulă, de SP.

Un alt argument care pledează pentru această concepție este și faptul că **hTAE se poate vindeca, la fel ca destul de multe sindroame nevrotice**, prin remedierea unui context socio-familial psihotraumatizant, ca și prin utilizarea unor metode de tratament specifice afecțiunilor psihogene (psihoterapia centrată pe situația conflictuală majoră, asociată cu training autogen, psihoterapie cognitiv-comportamentală). De altfel, se consideră că **hTAE nu răspunde semnificativ la o farmacoterapie prelungită corectoare a valorilor scăzute ale TA**, rezultate mult mai bune fiind obținute prin dietă, fizioterapie și schimbarea modului de viață cu accent pe identificarea și anihilarea surselor de stres (21).

2. Astenia neurocirculatorie (ANC)

În anul 1871, DaCosta a descris sub numele de „cord iritabil” sau „sindrom de efort” un sindrom funcțional neurocardiovascular, cu o serie de denumiri ulterioare (astenie neurocirculatorie, *Herzneurose*, *Soldier's Heart* etc.) și alcătuit în majoritate din **simptome subiective dominate de palpitații și dureri precordiale – fără substrat organic** (7).

În privința conținutului simptomatic al sindromului, este de subliniat frecvența cea mai crescută (la peste 70% din bolnavi) a dispneei (78%), a amețelilor (78%) și a cefaleei (72%) (7).

De obicei, simptomele subiective cardiovasculare și respiratorii sunt prezente concomitent.

Dispneea îmbracă, în general, două aspecte: **apare la eforturi minime** (în contrast cu starea normală a aparatului respirator și cardiovascular) sau este prezentă și în repaus sub formă fie de jenă la inspirul profund (ca o senzație de umplere insuficientă a plămânilor), fie de suspin (oftat) care apare din când în când, ușurând bolnavul.

Durerile precordiale sunt descrise ca „fâlfâituri”, întreruperi, bubuituri în dreptul inimii. **Substratul durerilor nu este coronarian**, el putând fi un spasm dureros al mușchilor intercostali (22).

Contextul etiologic al ANC este diminuat de multitudinea sau magnitudinea stresurilor psihice suferite de bolnavi (predomină, totuși, **sexul feminin**). După Kolb (cit. de 23), acest sindrom poate să constituie exprimarea unor emoții, prin intermediul aparatului cardiovascular, apărute la o serie de persoane dependente și imature.

Tratamentul ANC trebuie axat pe o psihoterapie minuțios aplicată, bolnavul trebuind să fie convins că nu este vorba de o afectare cardio-respiratorie, dar fără a se nega boala și insistându-se asupra condițiilor etiologice psihogene, toxice, abuz de excitante și asupra unor tulburări viscerale mai mult sau mai puțin favorizante. O astfel de conduită are meritul de a păstra încrederea bolnavului în medic și de a-l feri de un dezechilibru psihic sporit de sentimentul neînțelegerii suferințelor sale care sunt, totuși reale. De asemenea, un rol psihoterapeutic îl are și invocarea studiilor deja menționate ce au arătat că ANC nu conduce, pe viitor, la îmbătrânirea inimii.

3. Prolapsul de valvă mitrală (PVM)

Incidența acestei valvulopatii mitrale nereumatismale este apreciată, potrivit studiului Framingham, la 50% dintre bărbați și la 13,7% dintre femei, dar trebuie menționată neomogenitatea „populației” cu acest defect, în majoritatea cazurilor, congenital.

Astfel, PVM este subîmpărțit din punct de vedere al originii sale în două grupe: **primar** (**distrofie mucoidă** a pânzelor valvulare), predominant în stadiul mijlociu al valvei, debut întâlnit la cca. 5-10% din populație (Dosius cit. de 7) și **secundar altor boli cardiovasculare** (cardiopatie ischemică, endocardită reumatică, cardiopatii congenitale etc.), boli de collagen, boli ale țesutului conjunctiv etc.

Din cauza gradului diferit de dispoziție între aparatul valvular mărit (pânze valvulare anormal de largi, cu falduri și cute) și cavitatea ventriculului stâng, bolnavii cu PVM *primar* și *secundar* se mai împart în alte 3 grupe (Streian cit. de 7): *asimptomatici* (*funcțional* și obiectiv, considerați sănătoși), *asimptomatici funcțional* (dar cu clic sistolic mobil +/- suflu sistolic) și *simptomatici* (cu dureri anginoase, aritmii, amețeli, lipotimii, insuficiență ventriculară stângă).

Majoritatea pacienților cu PVM sunt asimptomatici și au o viață normală, riscul de complicații fiind foarte redus.

Includerea PVM în rândul bolilor psihosomatice se datorează mai multor motive.

În primul rând chiar subiecții cu PVM asimptomatici din punct de vedere al acuzelor cardiovasculare **prezintă frecvent tulburări neurotice**, începând cu *anxietatea* (și hiperventilația însoțitoare, putând activa un teren spasmofil), *astenia*, *amețelile* și uneori *stările lipotimice*.

Unii autori consideră că PVM ar apărea frecvent în asociere cu un teren psihic labil, fapt ce ar putea să sugereze un **teren genetic cu o dublă melopragie** (valvulară mitrală - sau a țesutului conjunctiv în general - și psihică).

Este demonstrată la bolnavii cu PVM existența unui **teren vago-simpatic modificat, cu creșterea activității catecolaminelor** (7), teren care conferă purtătorilor de PVM o vulnerabilitate la stres și posibilități mai mari de „întâlnire” cu medicul, situații în care examenul clinic și mai ales ecocardiografic poate indica prezența leziunii și atunci bolnavul intra în categoria „cardiacilor”, cu toate consecințele acestui statut, în ciuda asigurărilor date de medici relativ la benignitatea afecțiunii.

În al doilea rând, legată și de prima categorie de bolnavi, cea de-a doua categorie de pacienți cu PVM având **simptome minore (de regulă aritmii și ocazionale stări lipotimice)**, fiind mai ușor diagnosticați (prin „tropismul cardiac” al simptomelor sunt mai des trimiși la ecografie) – ei suferă de apariția unui cerc vicios somato-psiho-somatic. Astel, acuzele somatice, confirmate de rezultatul investigațiilor (inclusiv cazurile de „fals prolaps” – Apetrei cit. 7), având un **recul somato-psihic**, dezvoltă la bolnavii respectivi o reacție anxioasă care – la rândul ei – poate favoriza apariția unor tulburări de ritm sau chiar a unor scăderi tensionale.

În sfârșit – în al treilea rând – **cazurile simptomatice, asociate fiind cu tulburări cardiovasculare importante**, ajungând până la crize anginoase ori insuficiență ventriculară stângă – se încadrează în marele grup al bolnavilor cardiaci patenți, cu problemele de recul psihosomatic analizate anterior.

Indiferent de intensitatea simptomatologiei bolnavilor cu PVM întâlniți în practica noastră (cca 30 de cazuri), absolut toți (circa 3/4 erau de sex feminin), aveau o vulnerabilitate la stres crescută, majoritatea prezentând **tablouri neurasteniforme, pe fondul unei anxietăți exagerate**.

Din toate aceste motive se conturează pentru medicul practician (colaborând sau nu cu psihiatrul) **următoarea strategie de tratament**:

1. „Specularea” situației de bolnavi paucisimptomatici și fără semne obiective de asocieri morbide cardiace sau de complicații (insuficiența mitrală și cardiacă, endocardita infecțioasă, accidente vasculare cerebrale, aritmii grave și moarte subită).

Se are în vedere posibilitatea ca acești pacienți să ducă o viață normală, insistându-se ostentativ asupra unei „tonifieri psihice”, spre a se diminua interesul exagerat pentru PVM, bolnavul fiind astfel convins că, realmente, inima sa nu este în pericol.

2. **Bolnavii cu simptome cardiovasculare reduse** (palpitații ocazionale, rare stări lipotimice, amețeli, dispnee de efort – nelegate de PVM) și cu o simptomatologie nevrotică asociată în variate grade, vor fi încurajați în direcția abordării calme a minorelor implicații ale bolii în viața obișnuită (restricții față de eforturi violente, dispensarizare și profilaxia endocarditei infecțioase – cf. Streian – cit 7) și li se poate oferi ocazia achiziționării unor tehnici de autorelaxare.

3. **La bolnavii cu PVM complicate**, caz în care complicațiile devin mai importante decât însăși eticheta de PVM, posibilitățile de psihoterapie se asociază tratamentului medicamentos adresat formei clinice celei mai severe.

4. Sindromul hiperkinetic cardiac primitiv (idiopatic)

Sindromul hiperkinetic cardiac primitiv (SHCP) sau idiopatic constituie o stare cardio-circulatorie caracterizată printr-o reactivitate cardiacă, manifestată prin creșterea inotropismului și a frecvenței cardiace – ambele generatoare de palpitații (24) și prin prezența anxietății.

Întrucât acest sindrom apare și în alte afecțiuni (hipertiroidism, miocardiopatia obstructivă prin stenoza subaortică, sindromul DaCosta), în patogenia sa a fost invocată o **hipersensibilitate (reactivitate excesivă) primară a beta-receptorilor cardiaci la acțiunea catecolaminelor**. Față de această explicație patogenică a SHCP s-ar putea emite ipoteza că, în raport cu el, sindromul DaCosta ar surveni pe un teren mai complex, capabil să furnizeze un exces de catecolamine cu punct de plecare atât la nivelul scoarței și centrilor subcorticali, cât și al terminațiilor simpatice care inervează cordul și vasele.

Referitor la prognosticul sindromului hiperkinetic cardiac primitiv este interesant de semnalat cercetarea efectuată de către Guazzi și Fiorentini (25), care au urmărit ECG-ul și ecocardiografia subiecților cu un astfel de sindrom, în scopul verificării ipotezei conform căreia o hiperactivitate cardiacă ar putea să genereze, în timp, o hipertrofie cardiacă. În decursul a 3 ani, cât a durat studiul, bolnavii nu au prezentat modificări ale dimensiunilor (apreciate ecografic) septului interven-tricular și nici ale peretelui posterior, în ciuda unei hipercontractilități persistente.

Importanța diagnosticării precise a SHCP pentru practician rezidă în aceea că **se poate interveni, mai activ ca până în prezent, în reabilitarea acestor bolnavi, apelând într-o primă fază la o medicație beta-blocantă** care în-lătură prompt atât simptomele cardiovasculare, cât și anxietatea (altfel, ambele s-ar potența reciproc), permițând bolnavului o viață normală.

Într-o a doua etapă, considerăm că accentul trebuie pus pe o psiho-terapie (centrată pe o terapie comportamentală antistres) corelată și cu apelul la mijloace fizice de recuperare (cultura fizică medicală, agenții fizici influențând reactivitatea neurovegetativă, în special cea vasomotorie etc.) spre a se putea în-lătura dependența bolnavilor de o medicație, este drept, valoroasă, dar capabilă să genereze și efecte secundare, adesea destul de serioase.

5. Sindromul X cardiac (Likoff)

Sindromul descris de Likoff (26) apare la bolnavi în jurul vârstei de 45 ani și este caracterizat prin coexistența unor tulburări nevrotice (dominate de anxietate) cu apariția – în absența oricărui tip de alterare morfologică coronariană – unor dureri anginoase tipice (ca sediu, iradiere, circumstanță de apariție, reproductibilitatea durerii prin efort cicloergonomic și expresie electrocardiografică, de exemplu, subdenivelarea segmentului ST) în cursul exercițiului fizic (27).

Ca mecanism patogenic, în acest sindrom se presupune o limitare „criptogenetică” a capacității de dilatare a arterelor coronare astfel încât – la testul dilatator cu Dipiridamol – bolnavii cu sindrom X înregistrează o creștere a debitului coronarian de repaus de numai 200% față de 400% la subiecții normali. Tenekecioglu și colab. (28) explică această limitare a capacității dilatatoare a coronarelor printr-o disfuncție endotelială și microvasculară a acestor vase.

Deși efortul fizic relevă aceste limite, răspunzătoare de ischemia relativă care generează dureri anginoase, în sindromul X factorul declanșator al tulburărilor este predominant psihogen. Bolnavii au o serie de tulburări nevrotice (anxietate și astenie) consecutive unor stresuri generate de factori psihosociali și inductoare, în plan somatic, ale unei hiperventilații cronice (legată în special de anxietate) și – prin aceasta – a unor spasme coronariene.

Caracterul psihogen al suferințelor acestor bolnavi este argumentat și de dispariția durerilor anginoase printr-o psihoterapie capabilă să suprimă hiperpneea cronică „de stres”. Prognosticul este bun în 50-70% dintre cazuri, înregistrându-se dispariția simptomelor, spontană sau sub psihoterapie (pasager răspunde și la perhexilina, nu și la nitriți). Există însă și cazuri la care apare un IM, cu declanșarea tot prin spasm coronarian.

În cazurile cu simptomele nevrotice menționate și limitarea capacității fizice există o scădere a calității vieții care necesită psihoterapie, medicație antiischemică și, uneori, ganglionectomia stelată.

Bibliografie

1. Iamandescu I.B., Frunză A. (2009) – Elemente de psihosomatică cardiovasculară, în I.B. Iamandescu (sub red.), *Psihologie medicală. Psihosomatică generală și aplicată*, Ed. Infomedica, București.
2. Vlastelica M. (2008) – Emotional stress as a trigger in sudden cardiac death, *Psychiatr. Danube*, 20(3), 411-416.
3. Lader M. (1989) – Anxiété, stress et maladies apparentée, *Essentialia*, UCB, 28, 3, 1-10.
4. Von Eiff A. (1984) – Zur Psychologie und Klinik des stres – *Therapiewoche*, 34, 52, 7192-7194.
5. Klumbies G. (1980) – Psychoterapie in Allgemeinmedizin – *Hirzel Verlag*, Leipzig.
6. Zigelstein R.C. (2007) – Acute emotional stress and cardiac arrhythmia. *JAMA* Jul 18, 298(3), 324-3299.
7. Iamandescu I.B. (1993) – *Stresul psihic și bolile interne*, vol. I, ed. All.
8. Reindell H. et al. (1965) – *Kreislaufregulation*, Thieme, Stuttgart.
9. Lampert R. et al. (2002) – Emotional and physical precipitants of arrhythmia, *Circulation*, 106, 1800-1805.
10. Maliani A. (2002) – *Principles of cardio-vascular neural regulation in health and disease, Basic science for cardiologist*, Springer.
11. Braunwald E. (1987) – Approach to the patient with heart disease, in E. Braunwald, K.J. Isselbacher, R.G. Petersdorf, J.D. Wilson, J.B. Martin & A.S. Fauci, *Harrison's Principles of Internal Medicine*, Eleventh Edition, McGraw-Hill, New York.
12. Elliot R.S., Morales Balejo H.M. (1988) – Stress and the Heart Measuring and evaluating reactivity – *Hospimedica* 5, 6, 55-61.
13. Dornelas E.A., (2008) – *Psychotherapy with Cardiac Patients*, ed. American psychological association, Washinton DC.
14. Sinha R., Lovallo W.R., Parsons O.A. (1992) – Cardiovascular differentiation of emotions, *Psychosom with Med.*, 54, 422-435.

15. Suarez E.C. (2004) – C-reactive protein is associated with psychological factors of cardiovascular disease in apparently healthy adults, *Psychosom. Med.*, 66, 684-691.
16. Eldson-Dew R. et al. (eds.) (1979) – Royal Society of Medicine – International Congress, Academic Press, London.
17. Coculescu M. (1990) – *Neuroendocrinologie clinică*, Ed. Academiei.
18. Kleinsorge R. (1979) – Koronarospasmen bei Stresssituationen, *Therapiewoche*, 29, 32, 4939-4942.
19. Taylor A., Stress, hypertension et cardiopathie ischémique, pp. 133-152, în Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., *Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter*, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne, 1982.
20. Boltwood M.D. et al. (1993) – Anger report predicts coronary artery vasomotor responses to mental stress in atherosclerotic segments, *Amer. J. Cardiology*, 72, 1361-1365.
21. Garnier B. (1982) – Comment distinguer entre „santé“ et „maladie“ dans le domaine des troubles psychosomatiques cardiovasculaires; în Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., *Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter*, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne..
22. Simon H. (1982) – Discussion, p. 193 în Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., *Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter*, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne.
23. Cucu C.I. (1981) – *Medicina psihosomatică*, Ed. Litera, București.
24. Gorlin R. (1962) – The hyperkinetic heart syndrome, *JAMA*, 192, 823-838.
25. Guazzi M.D., Fiorentini C., Polese A. et al. (1975) – Stress induced and sympathetically mediated ECG and circulatory variation in the primary hyperkinetic heart syndrome, *Cardiovascular Res.*, 9, 342-348.
26. Likoff W., Segal B., Kasparian H. (1967) – Paradox of normal selective coronary arteriograms in patients considered to have unmistakable coronary heart disease, *New Engl. J. Med.*, 267, 1063-1072.
27. Agrawal S., Mehta P.K., Bairey Merz C. (2014) – Cardiac Syndrome X: update 2014, *Cardiol. Clin.*, Aug., 32, 463-478.
28. Tenekecioglu E. et al (2014) – Lower HDL-cholesterol is associated with systemic inflammation in cardiac syndrome X, *Minerva Medica*, Jul 16 (Medline).

II. Hipertensiunea arterială esențială (HTAE)

1. Considerații generale

Ioan-Bradul Iamandescu, Anca Frunză

HTA prezintă cel mai mare risc pentru celelalte boli cardiovasculare prin accelerarea ateromatozei (coronariene și cerebrale, în special), hipertrofia ventriculară stângă și accidente vasculare cerebrale (1).

Din păcate nivelul scăzut al educației medicale la pacienții cu HTA este un factor care permite evoluția nefavorabilă a acestei boli atât de răspândită (2) și, cu atât mai mult, apariția complicațiilor severe, mergând până la deces.

Se cuvine făcută din startul acestui capitol precizarea că majoritatea considerațiilor noastre (bazate, în special, pe datele din literatură) se vor referi la HTA primară/esențială (HTAE) supusă mult mai mult influenței etiopatogenice a factorilor psihosociali și trăsăturilor de personalitate ale bolnavilor respectivi, în timp ce HTA secundară (de exemplu, de etiologie renală, endocrină etc.) este dependentă majoritar de factorii bio-medicali.

Totuși, ambele HTA sunt influențate/agravate de stresul psihic (SP) ca trigger al puseelor hipertensive, însă – și în acest caz – efectul cel mai evident al SP va fi constatat la bolnavii cu HTAE.

Legătura HTAE cu stilul de viață a fost inițial limitată la consumul excesiv de sare și eforturile fizice intense și „explozive” dar, în ultimele decenii, au fost în mod sistematic stabiliți principalii săi factori de risc începând cu fumatul, excesul de alcool și terminând cu factorii psihosociali, a căror analiză – cu mijloacele subtile ale investigației psihometrice, cuplate cu metodele biostatistice – s-a extins prin luarea în considerație a variabilelor de personalitate ale bolnavilor, ca și a tuturor variantelor existenței umane moderne (viața familială, profesională și socială, inclusiv relațiile valorilor tensionale cu momentul zilei, factorii meteorologici și sezonieri etc.) (3).

Dacă, în zilele noastre, nu mai poate fi ocolită importanța factorilor psihologici în etiopatogenia HTAE, ea nu trebuie absolutizată prin ignorarea factorilor biomedicali (3).

2. Aspecte biopsihosociale ale HTAE

Psihologia modernă nu își propune altceva decât să plaseze efectul psihologic al medicului asupra pacientului pe o bază științifică și să îl integreze procesului terapeutic. Fără îndoială o mare parte a succesului „terapeutic” al vrăciului de odinioară, al preotului, dar și al clinicianului modern se datorează raportului emoțional stabilit cu pacientul, motiv pentru care, în zilele noastre, este necesar să se extindă, în toate bolile importante, abordarea psihologică sistematică a pacienților (4).

Cum printre parametrii stării de stres psihic (SP) se înscrie și creșterea mai mult sau mai puțin exprimată a tensiunii arteriale (TA), ca urmare a activării simpatoadrenaliene de stres, este de așteptat ca în decursul vieții unui individ, acumularea a numeroase SP să creeze condiții favorabile pentru apariția hipertensiunii arteriale (HTA), pornind și de la faptul că o creștere frecventă și prelungită a rezistenței vasculare în cursul SP contribuie la permanentizarea hipertensiunii.

Există dovezi în favoarea unui **teren genetic** la anumite animale, care dezvoltă ușor HTA printr-o hiperactivitate vasculară față de SP, după cum la anumiți subiecți din populația umană, cel puțin în momentul în care au devenit hipertensivi, s-a demonstrat **un răspuns catecolaminic la SP mult mai crescut decât la normotensivi**.

Actualmente, este admis că SP este implicat, în primul rând, în apariția – la tinerii hiperreactivi – a unei **HTA juvenile „tranzitorii”** (5) și mai ales a unei creșteri

tensionale disproporționate la efort (Kulawick le denumește *labile hypertone regulationsstorungen*) (6).

Asemenea subiecți hiperreactivi vasculari, studiați la noi de Moga (7), au fost încadrați, în 1975, de către o comisie de experți OMS în categoria HTA de limită sau labilă (**borderline hypertension**).

În ultimii ani s-a demonstrat că 1/5 din subiecții aparent sănătoși prezintă o **reactivitate cardiovasculară crescută** (*hot reactors*), evidențiable chiar printr-un simplu test de calcul mental (8). Ei sunt mai predispuși să dezvolte valori hipertensive în timpul diferitelor SP profesionale sau familiale. Mai târziu, o mare parte din acești bolnavi vor deveni hipertensivi permanenți, intrând în rândul bolnavilor cu HTA esențială.

3. Inserția factorilor psihosociali în evoluția HTA

O abordare sistematică din perspectiva biopsihosocială a terenului bolnavilor hipertensivi are în vedere – pe lângă reactivitatea vasculară specifică la stres, evidențiată la acești bolnavi, conform cu argumentele de mai sus – factorii psihologici și sociali cu rol de trigger.

Referitor la factorii sociali de exemplu, subiecții hiperreactivi studiați de Moga (7) aparțineau unei categorii aparte de activiști de partid – din perioada anilor 1960 – obligați să-și completeze „la repezeală” studiile pentru a corespunde exigențelor poziției sociale respective.

Trăsăturile psihologice, în special cele native [înscrise în aria temperamentului) ar fi cuplate cu un pattern neuro-hormonal reactiv care alterează controlul sistemului nervos asupra funcției baroreceptorilor ca și asupra sistemului opioid și a nivelului diverșilor neuromediatorii (date din literatură – sistematizate de (9)].

Aceiași autori înclină favorabil asupra posibilității ca – prin solicitarea mecanismelor reglatorii susmeționate – diverse SP acumulate în timp pot să edifice în a doua jumătate a vieții hipertensivilor instalarea HTA, teorie în acord cu cea emisă de Franz Alexander, încă din anul 1993 (10).

Din acest motiv este importantă **analiza/inventarierea diferitelor stresuri psihice (SP) în antecedentele psihosociale** ale bolnavilor hipertensivi.

Apare utilă aprecierea acestor distress-uri cu ajutorul scalelor Holmes și Rahe (1967) sau Lindemann (1982) (cit. de 3), dar există cercetări care au selectat dintre stresorii cauzali ai HTA acele **evenimente nefavorabile neașteptate** (11).

Un indiciu furnizat de monitorizarea Holter a TA este raportul dintre ritmul diurn și nocturn al tensiunii arteriale, denumit *nocturnal dipping* și având la subiecții normali valori mai mici de 0,87 (12). Aceiași autori au demonstrat faptul că „pacienții cu TA nocturnă scăzută au nivel mai mare de stres diurn decât cei *non dippers*”.

Această cercetare impune supravegherea de rutină prin metoda Holter a TA și – atunci când apar „vârfuri” hipertensive, în anumite ore – chestionarea pacientului hipertensiv asupra unor posibile relații cu stresuri acute diurne (9). Atunci când fenomenul de *dipping* al TA este corelat cu evenimentele stresante numeroase în

cursul unei zile trebuie avută în vedere o posibilă relație cauzală cu un stres profesional important (*job strain*) (13).

Variabilele psihologice ale bolnavilor și comorbiditatea psihiatrică în hipertensiunea arterială

Vom analiza în cadrul acestui paragraf:

- **Depresia** care este prezentă mai frecvent la bolnavii hipertensivi decât la persoanele fără HTA (14). Aceiași autori au evidențiat depresia majoră în proporție de 3 ori mai mare la cei care se tratează și pentru hipertensiune arterială, ceea ce sugerează rolul de factor de risc pentru apariția HTA.

Rafanelli și colab. (9) consideră că la baza acestei asocieri ar sta o **disfuncție a sistemului autonom simpatic și propun ca HTA să fie considerată un factor de risc pentru depresie**.

În esență există o relație de potențare reciprocă între cele două boli.

Prezența depresiei la bolnavii hipertensivi are implicații în complianța terapeutică a acestor bolnavi, care este mai scăzută decât în cazul HTA fără asocieră depresiei (14).

- **Anxietatea** este corelată psihofiziologic cu activarea sistemului autonom simpatic dar, în opinia noastră, constituie un factor de risc pentru HTA numai **atunci când terenul anxios coexistă cu o predispoziție genetică fiziologică** pentru această boală și anume o receptivitate vasculară crescută pentru efectul vasoconstrictor al catecolaminelor și al cortizolului eliberat în cursul stresului psihic. Rolul hipertensor al anxietății este jucat de **creșterea debitului cardiac și a rezistenței vasculare** – ambele crescute tranzitor – în cursul puseelor de anxietate (15).

Dovezi clinice în favoarea acestei explicații sunt date de evidențierea creșterii riscului pentru HTA și pentru mortalitatea prin boli cardiovasculare în sindromul anxios (16).

O demonstrație extrem de convingătoare au făcut-o Paterniti și colab. (cit. de 9) care au găsit o relație foarte strânsă între niveluri foarte crescute ale anxietății și valorile foarte ridicate ale TA atât la bărbați cât și la femei, sugerând existența unei relații de **asociere între anxietatea patologică și HTA**, relație confirmată atât în loturi de bolnavi cu HTA – care prezintă anxietate – cât și în loturi de bolnavi cu sindroame anxioase care aveau valori foarte crescute ale TA (15).

- **Alexitimia** – care este tot mai mult studiată în ultimele trei decade la bolnavii psihosomatici – a fost întâlnită în repetate rânduri (începând cu Sifneous – creatorul conceptului – 1973) ca o trăsătură psihologică prezentă frecvent la bolnavii hipertensivi, fiind considerată o trăsătură stabilă a personalității acestora (17, 18). Fiind considerată ca un defect al procesului de verbalizare a emoțiilor – având ca efect o „descărcare” afectivă redusă – alexitimia poate fi definită ca „**incapacitatea de a utiliza cuvintele adecvate pentru descrierea (propriilor) emoțiilor**” (19).

Indiferent de explicațiile neurobiologice (întreruperea comunicării limbice-neurocorticale sau o disfuncție a emisferei cerebrale drepte) (18) sau psihosociale ale alexitimiei (creșterea și maturizarea individului într-un mediu nestimulativ

pentru exprimarea emoțiilor sau prezența timpurie a unor traumatisme psihice în viața acestuia) (20) această trăsătură psihologică predispune individul la o **tensiune intrapsihică permanentă**, sporită de distress-urile inerente, mai ales în **cazul coexistenței unei agresivități** care, inevitabil, se interiorizează favorizând evoluția HTA, dar și a CHD, ambele boli fiind predispuse la accidente specifice (puseu hipertensiv, infarct miocardic).

Rafanelli și colab. (19) rezumă datele din literatură referitoare la caracterul sociodemografic ale alexitimicilor și anume: sex masculin, vârstă tânără și status socioeconomic și educațional scăzut.

Aceiași autori citează un studiu în care s-a evidențiat corelația dintre valorile crescute ale TA la un lot de hipertensivi cu prezența semnificativ mai crescută a alexitimiei la acest lot de hipertensivi în raport cu un lot de control format din normotensivi.

Considerăm că abordarea psihoterapeutică a hipertensivilor alexitimici poate beneficia de contribuția muzicoterapiei (21).

- **Ostilitatea și furia interiorizată** – reprezintă caracteristici psihologice de bază ale hipertensivilor de domeniul observației comune, mai ales dacă izbucnirile de furie – după o tentativă prelungită de stăpânire, „ținută în frâu” – se soldează cu apariția unor pusee hipertensive sau chiar cu apariția unor complicații de tipul accidentului vascular cerebral.

Mai discretă este **inhibiția cronică a furiei** – observată de Alexander încă din anul 1939 (10) și considerată o trăsătură distinctă a personalității hipertensivilor.

Există diferențe între prezența unei **ostilități pe termen lung și interiorizarea furiei** în momentele de stres acut – de pe o parte – și exteriorizarea agresivă (verbală sau fizică) a furiei.

În timp ce ostilitatea latentă și interiorizarea furiei (ambele pe termen lung) se corelează cu creșterea persistentă a TA de repaus (22), exprimarea furiei („accese de furie”) se soldează cu valori paroxistice mai crescute ale TA (23). O precizare extrem de credibilă, pe baza unui studiu populațional pe 500 persoane, cu durata de 4 ani, o face Everson și colab. (24) care ajung la o concluzie extrem de rezonabilă și anume că **furia extremă – fie că este exteriorizată, fie interiorizată – constituie un factor de risc pentru HTA independent** – și mai sever – de ceilalți factori de risc pentru această boală. În același timp, exteriorizarea furiei se corelează mai frecvent cu riscul dezvoltării anginei pectorale și a infarctului miocardic nonfatal sau chiar fatal (25).

Mecanismul psihofiziologic al exprimării (exteriorizării furiei) este legat de **activarea simpatică, dar și a axei hipotalamo-hipofizo-suprarenaliene** cu secreție consecutivă de catecolamine, cortizol și insulină, toți acești hormoni de stres crescând alura ventriculară și rezistența vasculară soldate cu creșterea TA (26). Modificările acestor parametri pun în mișcare mecanisme endoteliale – care sunt influențate, de asemenea, de factori psihosociali – ce joacă un rol important în perpetuarea hipertensiunii (27).

Perini și colab. (28) au adus o contribuție remarcabilă privind diferențele în plan psihologic între hipertensivii „borderline” și normotensivi, evidențiind faptul că la hipertensivii „în devenire”, **răspunsul agresiv este mult mai puțin**

exteriorizat și mai mult interiorizat, concomitent cu o capacitate de a se supune mai mare.

- **Lipsa de speranță** (*hopelessness*) (așteptări negative pentru viitor) reprezintă un factor psihologic surprinzător pentru hipertensivii care, adeseori, apar ca persoane combative, optimiste, joviale reușind în viață prin muncă și învingerea multor obstacole. Și, totuși, datele unui studiu – demn de luat în considerație pentru numărul mare de cazuri și metodologia aplicată – precum cel efectuat de Everson și colab., relevă (24), după o evaluare prospectivă de 4 ani, faptul că – din cei 616 normotensivi inițiali – aceia care au dat răspunsuri pozitive la cei 2 itemi specifici pentru *hopelessness* au devenit hipertensivi într-un procent de 3 ori mai mare decât cei care au răspuns negativ.

Având în vedere cvasiunanimitatea incriminării depresiei ca factor de risc major pentru BCV și faptul că lipsa de speranță (*hopelessness*) este o componentă a depresiei, concluzia studiului lui Everson și colab. nu ar trebui să surprindă prea mult. Va trebui, însă, efectuată o corecție a acestei concluzii prin faptul că HTA este – ca imensa varietate a bolilor cronice contemporane – o boală multifactorială și, în acest caz, apare foarte probabil ca – **la o aceeași încărcătură genetică de risc hipertensiv – indivizii cu diferite grade de depresie** (inclusiv dobândită după stresuri cu caracter de „pierdere”) – să devină hipertensivi, iar cei fără această trăsătură să rămână, încă, normotensivi (3).

De ce multe persoane optimiste au totuși HTA? Există mai multe răspunsuri dintre care: ponderea mare a terenului genetic și intervenția altor factori psihosociali de risc (stări conflictuale frecvente și de lungă durată, suportate cu stoicism și optimism, prezența unui grad crescut de anxietate, tendința de a camufla stările de furie, datorită educației sau unor situații conjuncturale etc.) (4).

Se poate observa că **însăși această gamă de cauze de ordin biopsihosocial justifică interesul pentru psihologi** ca – împreună cu medicii – să individualizeze cazurile bolnavilor hipertensivi spre a putea institui psihoterapia cea mai potrivită.

Personalitatea bolnavului hipertensiv

Reprezintă încă un subiect în discuție deși numeroși medici intuiesc la majoritatea pacienților hipertensivi trăsăturile psihologice descrise inițial de Alexander (10) – centrate pe **tendința hipertensivului de a-și interioriza furia și trăirea frecventă a unor stări de tensiune psihică prelungită**.

Rafanelli și colab. (19) sintetizează datele unor autori de dată mai recentă similare cu cele ale lui Alexander (10) – stabilind existența a 3 factori constitutivi ai „portretului” bolnavului hipertensiv:

- a) **prezența unor sentimente agresive;**
- b) **tendința la o anume izolare interpersonală**, în special în cazurile care necesită comunicarea și în care există reacții fiziologice intense;
- c) **tendința de negare sau represie a unor gânduri negative** generate de situații reale incomode (așa se întâmplă și în cazul negării gravității bolii).

Autorii citează, în continuare, opinia oarecum opusă a lui Friedman și colab. (29) care consideră prea rigidă și incompletă această portretizare a hipertensivului, invocând **multitudinea de factori psihosociali, inclusiv situaționali**

care „modelează” opinia autorilor menționați anterior, considerăm că **nu există un tip de personalitate specific pentru hipertensivi** deoarece – așa cum s-a mai amintit și în alte ocazii (30), același bolnav poate avea mai multe boli psihosomatice asociate (de exemplu, HTA + ulcer + astm + urticarie etc.), dar **numai o vulnerabilitate generală crescută la stres**, care poate constitui nota caracteristică.

4. **Forme clinice relaționate cu reactivitatea psihică**

Ioan-Bradul Iamandescu, Anca Frunză

În afara clasificărilor actuale, bazate pe stadializarea evoluției tensiunii arteriale în funcție de gradul leziunilor vasculare sistemice și la nivel visceral, a fost propusă (Iamandescu) (4) o clasificare axată pe cronologia evoluției HTAE, corelată cu terenul psihologic + hiperreactivitatea vasculară la hormonii de stres și, mai ales, în funcție de gradul de stresare a bolnavilor respectivi în cursul vieții până la debutul hipertensiunii.

Referitor la intervenția SP în apariția și evoluția HTAE, vom distinge, după ce am analizat și categoriile de bolnavi mai sus menționate, următoarele grupe (31):

a) bolnavi tineri hiperreactivi vasculari care vor dezvolta o HTAE tranzitorie juvenilă cauzată de o configurație existențială stresantă și care vor putea fi chiar vindecați odată cu dispariția sursei stresante ori printr-o psihoterapie dirijată (cuplată sau nu cu training autogen) (5, 6);

b) bolnavi de peste 40-45 ani, vârsta la care apare în mod obișnuit HTAE, având între factorii precipitanți ai debutului bolii, SP;

c) bolnavii hipertensivi vechi (cu HTAE sau HTA – secundară), aflați în cursul evoluției bolii și la care SP poate produce **paroxisme tensionale**, soldate sau nu cu complicații, dintre care edemul pulmonar acut, ca și accidentele vasculare cerebrale, reprezintă situații în care SP acționează, prin intermediul acestor creșteri ale tensiunii arteriale. Un element psihogen, cu atribute mai reduse ale stresului psihic (poate doar o condiționare cu un SP inițial) îl constituie **„sindromul halatului alb”** (*Weißkittel-Hypertonie*) (32), reprezentat de valori mai crescute de TA, cu ocazia controlului medical, decât cele măsurate la domiciliu. Din acest motiv s-a propus ca soluție procurarea de către astfel de pacienți hipertensivi a unor aparate cu baterii pentru măsurarea TA la domiciliu.

În plus, HTA agravată de SP contribuie la **accelerarea procesului aterosclerotic**, cât și la **apariția bolii coronariene**, alături și de ceilalți factori de risc.

5. **Scale de Calitatea Vieții la bolnavii hipertensivi**

Anca Frunză

Majoritatea studiilor și-au construit teoriile pe o singură dimensiune psihologică, fie că a fost vorba despre studiul lui Musselman și colab. (33) care a urmărit doar asocierea dintre depresie și bolile cardiovasculare, respectiv hipertensiunea arterială, fie că a fost vorba despre Sullivan și colab. (34), care au studiat numai implicarea anxietății în boala hipertensivă.

Numeroase studii s-au ocupat de dimensiunea agresivității, a ostilității pacienților cu boli cardiovasculare și a pacienților cu hipertensiune arterială, utilizând variate instrumente de diagnostic. Se consideră că ostilitatea și așa-numitul „anger-in” caracteristic tipului psihocomportamental A (*Type A Behavior Pattern*) reprezintă caracteristici importante ale pacienților cu această patologie. Multe dintre aceste studii s-au bazat pe instrumente de evaluare cu foarte puțini itemi, incapabile de a stabili o existență certă a acestei manifestări la pacienții hipertensivi.

Studii mai recente, însă, au folosit drept metodă instrumente cu o mai mare validitate precum *Speilberger Anger Expression Scale* (23) și au demonstrat o asocieră predictivă extrem de puternică.

6. Principii de abordare psihoterapeutică a bolnavilor hipertensivi

Ioan-Bradă Iamandescu

6.1. Profilaxia primară

Fiind o boală cu o importantă bază genetică și cu o edificare, în timp, prin intervenția unor factori de risc bine identificați – între care și cei psihosociali, considerăm că HTAE trebuie să beneficieze de o abordare în primul rând profilactică.

Aceasta înseamnă că, **încă din timpul copilăriei, descendenții din părinți hipertensivi** vor fi instruiți (și supravegheați!) să consume cu moderație sare și, mai ales, dulciuri (și) să practice o activitate fizică zilnică (nu numai sporturi, ci și excursii/drumeții montane precum și mersul pe jos sau cu bicicleta).

Nu în ultimul rând, vor trebui să beneficieze de consiliere psihologică și psihoterapie – după o evaluare începută chiar de părinți și continuată de psihologul școlar – pentru **corectarea (diminuarea) unor trăsături de personalitate** dezadaptative, de tipul celor menționate anterior (de exemplu, ostilitatea și interiorizarea ei, tendința de izolare socială în cazul unor eșecuri sau mai ales din cauza unor complexe de inferioritate care trebuie rapid detectate).

De asemenea, psihologul clinician trebuie să aibă în vedere **structurarea - la copilul cu ereditate hipertensivă - unor relații sociale** menite să prevină situațiile stresante brutale sau de durată; aceasta înseamnă **dezvoltarea unei comunicabilități rezonabile** (cu avantajele ei privind suportul emoțional și informațional) și a unui comportament asertiv și bazat pe o încredere în sine care să țină cont de posibilitățile personale dar și de opiniile celor din jur.

Încurajarea adoptării unor **hobby-uri relaxante în plan intelectual-afectiv** (muzica de bună calitate audiată sau, mai ales, interpretată la un instrument ori în cadrul unui ansamblu coral; lecturi bazate pe preferințe de gen, stil sau autor; frecventarea consecventă a unor spectacole de teatru, operă, concerte; vizitarea unor expoziții de pictură etc.).

Utilizarea calculatorului în scopul relaxării – chiar atunci când navigarea pe internet se face în scopul obținerii de cunoștințe care largesc orizontul intelectual – trebuie să aibă în vedere **pericolul instalării dependenței de internet** și consecințele ei nocive în plan psihologic decurgând în special din îngustarea comunicării cu cei din jur și la cantonarea individului într-o lume virtuală.

La adulții cu risc hipertensiv, abordarea profilactică a posibilității apariției HTA trebuie să fie axată pe **întărirea mecanismelor de coping față**

de distress, inclusiv modalitățile de utilizare a suportului social, pe combaterea surselor de stres social (profesional și marital, în primul rând), pe adoptarea unor comportamente menite să crească „energia de stres” (v. programul Birkenbihl) și a unui stil de viață echilibrat (v. programul New Start) și pe folosirea varietatelor forme de relaxare, cu condiția utilizării lor zilnice și – într-un mod mult mai consistent – în weekend-uri și vacanțe.

Referitor la stresul psihosocial, ar fi de dorit ca aceste persoane să evite unele profesii supuse presiunii sarcinilor de serviciu (de exemplu, controlorii de trafic aerian, neurochirurgii) sau presiunii sociale (de exemplu, polițiști sau alte profesii ce implică importante responsabilități materiale și umane etc.).

De asemenea, alegerea partenerului/partenerei de viață să aibă în vedere posibilele diferențe extreme de temperament, opinii – inclusiv „repartizarea sarcinilor în cadrul cuplului”.

Orice situație conflictuală de mare intensitate și/sau durată trebuie abordată atent, în colaborare cu psihologul care – în plus – va avea în vedere și managementul agresivității, inclusiv al ruminăției ostilității.

De o importanță capitală este renunțarea la fumat, la excesul de alcool sau de alimente nocive și efectuarea unei activități fizice zilnice, inclusiv mersul pe jos cel puțin 30 de minute și peste 2 ore în weekend și, nu în ultimul rând, asigurarea unui somn suficient și odihnitor.

Chiar în această etapă prehipertensivă se poate recurge la psihoterapia cognitiv-comportamentală, în cazul sevrajului tabagic și alcoolic, dar și în cazul tratării obezității, mai ales când acești factori de risc sunt prezenți la un bolnav diabetic.

6.2. Profilaxia secundară

Profilaxia secundară se adresează factorilor de risc deja menționați la stadiul prehipertensiv, dar măsurile preconizate trebuie să fie mult mai energice.

Bolnavul hipertensiv este mult mai vulnerabil la acești factori a căror abordare trebuie să constituie parte a tratamentului complex, alături de medicația hipotensoare care trebuie aplicată fără presiunea unor rezultate imediate spre a se putea stabili schema terapeutică optimă. Apar acum alte dominante ale abordării psihologice cum ar fi creșterea complianței terapeutice – adesea printr-o relație de parteneriat terapeutic cu medicul curant – evaluarea calității vieții, inclusiv ca un criteriu al cuantificării efectelor tratamentului medicamentos și al psihoterapiei, și asigurarea controlului emoțional al unor situații stresante prezvizibile. Educația bolnavului trebuie să cuprindă și informații asupra modului de autotratament al puseelor hipertensive și informarea sa în special asupra semnelor de recunoaștere a debutului unui infarct miocardic (chiar și formele atipice), mai ales în cursul unor distress-uri importante, dar și al unor eforturi fizice implicând contracții musculare izometrice sau manevra Valsalva.

Un aspect fundamental privind modul de viață al hipertensivului este cel referitor la abandonarea/modificarea cel puțin parțial a tipului comportamental A, ale cărei componente „benigne” (cele exceptând ostilitatea și interiorizarea

furiei) devin și ele – după apariția HTAE – factori de risc agravanți, așa cum se întâmplă după apariția infarctului miocardic.

Depresia apărută în cursul evoluției HTA reprezintă un factor de risc suplimentar pentru apariția infarctului miocardic și a altor manifestări ale CHD, încât evidențierea simptomelor sale de debut – în special în cadrul unui consult psihologic – permite și obligă la un tratament energic medicamentos, dublat de regulă de intervenția psihoterapeutică.

În esență, aceasta va trebui să se bazeze pe cunoașterea ecuației personale a bolnavului și pe integrarea ei în **strategia abordării integrative a complexului factorilor de risc generali ai HTAE** și al celor nespecfici ai oricărei boli cu evoluția cronică și risc mare la complicații uneori letale.

Bibliografie

1. Kaplan N.M. (1989) – Importance of coronary heart disease risk factors in the management of hypertension: an overview, *Amer. J. Med.*, 86, 1-4.
2. Stamler R., Shiple M., Elliot P. et al. (1992) – Higher blood pressure in adults with less education: some explanations from Intersalt. *Hypertension*, 19, 237-241.
3. Iamandescu I.B., Frunză A. (2009) – Elemente de psihosomatică cardiovasculară, în I.B. Iamandescu (sub red.), *Psihologie medicală. Psihosomatică generală și aplicată*, Editura Infomedica, București.
4. Iamandescu I. B. (1993) – *Stresul psihic și bolile interne*, vol. I, ed. All.
5. Klumbies G. (1980) – *Psychotherapie in Allgemeinmedizin* – Hirzel Verlag, Leipzig.
6. Kulawik H. (1984) – *Psychotherapie bei psychosomatischen Erkrankungen und Funktionsstorungen*, G. Fischer, Jena.
7. Moga A. et al. (1970) – *Hipertensiunea arterială și ateroscleroza*, Ed. Medicală, București.
8. Elliot R.S., Morales Balejo H. M. (1988) – Stress and the Heart Measuring and evaluating reactivity – *Hospimedica*, 5, 6, 55-61.
9. Rafanelli C., Roncuzi R., Milaneschi Y., Tomba E., Colistro M.C., Pancaldi L.G., Di Pasquale G. (2005) – Stressful life events, depression and demoralization as risk factors for acute coronary heart disease, *Psihoter. Psychosom.*, 74:179-184.
10. Alexander F (1939) – Emotional factors in essential hypertension, *Psychosom. Med.*, 1:175-179.
11. James S.A. (1987) – Psychosocial precursors of hypertension: a review of the epidemiologic evidence, *Circulation*, 76, 60-66.
12. Fallo F. et al. (2002) – Circadian Blood pressure patterns and life stress, *Psychother. Psychosom.*, 71, 350-356.
13. Theorell T. (1991) – Job strain and ambulatory blood pressure profiles., S.C. and J. Work Environ. *Health*, 17, 380-386.
14. Carney, M., Freedland, K.E., Miller, G.E., Jaffe, A.S. (2002) – Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms, *Journal of Psychosomatic Research*, 53:897-902.
15. Pilgrim G.A. (1994) – Psychological aspects of high and low blood pressure, *Psychol. Med.*, 24, 9-14.
16. Coryell W., Noyes R., House J.D. (1986) – Mortality among outpatients with anxiety disorders, *A.J. Psychiatry*, 143, 508-512.

17. Salminen et al (1999) – *Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general.*
18. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. (1997) – *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*, Cambridge Univ. Press.
19. Rafanelli C., Roncuzzi R., Ottolini F., Rigatelli M. – Psychological factors affecting cardiologic conditions, pp. 72-108 in Porcelli P., Sonino N.S. (2007) – *Psychological factors affecting medical conditions*, Karger, Basel.
20. Krystal H. (1988) – *Integration and self-healing: affect, trauma, alexithymia*, Hillsdale, N.J. Analytic Press.
21. Iamanadescu I.B., Cioca I. (2011) – Music diagnosis – a new concept associated to music therapy, *Journal of Medicine and Life*, special issue, may, p. 51-55.
22. Goldstein H.S. et al. (1988) – Relationship of resting blood pressure and heart rate to experience anger and expressed anger, *Psychosom. Med.*, 50, 321-329.
23. Lande D. et al. (1997) – Anger expression and cardio-vascular reactivity to mental stress, *Clin. Exper. Hypertens.*, 19, 901-911.
24. Everson S.A., Mc Key B.S., Lovallo W.R. (1995) – Effects of trait hostility on cardio-vascular responses to harassment in young men, *Intl. J. Behav. Med.*, 2, 172-191.
25. Harburg E., Gleibman L., Russel M., Cooper M.L. (1991) – Anger coping style and blood pressure in blacks and whites, *Psychosom. Med. J.*, 53, 153-164.
26. Sinha R., Lovallo W.R., Parsons O.A. (1992) – Cardio-vascular differentiation of emotions, *Psychosom. Med.*, 54, 422-435.
27. Kaplan M.N. (1998) – *Clinical Hypertension*, ed. 7, Williams and Wilkins. Baltimore, pp. 41-99.
28. Perini C., Müller F.B., Bühler F.C. (1991) – Suppression of aggression accelerates early development of essential hypertension, *J. Hypertens.*, 9, 499-503.
29. Friedman R., Schwartz J., Schnall P.L., Landbergis P.A., Pieper C., Gerin W., Pickering T.G. (2001) – Psychological variables in hypertension: relationship to casual or ambulatory blood pressure in men, *Psychosom. Med.*, 63:19-31.
30. Iamandescu I.B. (1980) – *Corelații psihosomatice în astmul bronșic*. Teză de doctorat., I.M.F., București.
31. Iamandescu I.B. (1999) – (sub red.), *Elemente de psihosomatica generală și aplicată*, Editura Infomedica, București; Iamandescu I.B., *Psihologie medicală*, Editura Infomedica, București, 1999.
32. Buddeberg C., Laederach-Hoffmann K. (1998) – în Buddeberg C., Willi J. – *Psychosoziale Medizin*, Springer Berlin, Heidelberg.
33. Musselman D.L., Evans D.L., Nemeroff C.B. (1998) – The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment, *Arch. Gen. Psychiatry*.
34. Sullivan M.D., LaCroix A.Z., Spertus J.A., Hecht J. (2000) – Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease, *Am. J. Cardiol*, 86:1135-1138, A1136, A1139.
35. Jonas B.S., Franks P., Ingram D.D. (1997) – Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I epidemiologic follow-up study – *Arch. Fam. Med.*

CAPITOLUL 12

PRINCIPALELE SINDROAME ȘI BOLI CARDIOVASCULARE PSIHOSOMATICE (2)

III. Boala ischemică coronariană (Boala ischemică a inimii) (CHD)¹

A. Aspecte biopsihosociale generale de ordin etiopatogenic și clinic

Ioan-Bradu Iamandescu, Crina Julieta Sinescu

Dacă studiile din ultimele două decenii au evidențiat faptul că nu toți „purtătorii” tipului de comportament A (*Type A Behavior Personality* = TABP) nu ajung să facă infarct miocardic, chiar la vârste înaintate, ci – așa cum s-a arătat la capitolul consacrat tipurilor de personalitate predispozante pentru infarctul miocardic (IM) – riscurile probate de majoritatea cercetătorilor sunt reprezentate de componenta **Hostility** (H) a TABP, ca și de **tipul D** caracterizat prin cei doi factori defavorizanți: afectivitatea negativă și izolarea socială.

Dacă adăugăm la aceștia **asocierea tipului A cu interiorizarea supărării**, așa cum am demonstrat și noi (Iamandescu I.B., Sinescu Cr.J., Chițu și colab.) (1) în 2012, putem considera că – alături de depresie și, mai puțin, de anxietate – predispoziția pentru IM este atribuibilă unor factori din sfera afectivă (ostilitate, depresie, anxietate) ce reflectă procese cognitive legate de interacțiunea socială. Aceasta este inerentă competitivității generatoare de conflicte sau de tendința la **izolare socială** – proprie nu numai tipului D, ci și bolnavilor cu TABP în momentul de epuizare sau de eșec în atingerea scopurilor.

¹ Utilizăm forma prescurtată CHD (Coronary Heart Disease) pentru „Boala ischemică a inimii” deoarece în literatura internațională această formă este utilizată frecvent, adesea fără explicitarea denumirii de origine.

Implicarea factorilor psihosociali în evoluția CHD a fost analizată, cu exemplificări statistice din literatură în partea generală a cărții; la fel și răsunsetul psihosocial, relația medic-pacient cardiac, complianța terapeutică a cardiacilor etc.

Vom rezuma în următoarele două paragrafe principalele date din literatură referitoare strict la CHD.

1. Ierarhizarea participării factorilor biopsihososociali în etiopatogenia CHD

Din punct de vedere al implicării factorilor biopsihososociali în evoluția bolii, trebuie să distingem următoarele aspecte de ordin general (discutate în partea generală a cărții) care sunt valabile la bolnavii coronarieni:

- **factorii biologici** – cu componentă genetică fundamentală – dar și amplificată prin comportamente de risc – de regulă având solide rădăcini psihosociale – sunt responsabili de terenul metabolic dislipidemic și cu o hiperreactivitate vasculară la hormonii de stres, în special catecolaminele;
- **factorii psihologici**, reprezentați de comportamentele favorizante de instalarea facilă și durabilă a SP – tipurile comportamentale A și D, ostilitatea + interiorizarea furiei și ruminația supărărilor;
- **factorii sociali** – interacționând cu cei psihologici – au un rol de provocare sau perpetuare a SP. Ei sunt reprezentați de: evenimente nefavorabile, climat profesional și familial negativ, dar și de statutul material și social inferior, generator de stres, educație sanitară deficitară și de comportamente de risc (dietă ieftină, nesănătoasă, fumat, consum de alcool și droguri etc.).

2. Factori cu rol de trigger și favorizanți pentru debutul manifestărilor clinice

a) Trigger-ul principal este reprezentat de stresul psihic (SP), generat de o suprasolicitare fizică și emoțională, în special de situațiile cu caracter de pierdere (eșecuri profesionale sau sociale, concediere, pierderi financiare, decesul sau boli grave ale celor apropiați etc.), situații capabile să conducă la instalarea depresiei manifestată cel mai adesea prin apariția unei stări de epuizare fizică și psihică într-un interval de până la 6 luni înainte de debutul infarctului miocardic și atestată de date mai vechi (4) și mai recente (5).

b) Lipsa unui suport social autentic – menit să amortizeze stările de tensiune psihică specifice purtătorilor tipului comportamental A cu trăsături agresive și frecventă interiorizare a furiei – s-a dovedit a fi un factor favorizant cu o evoluție severă a CHD (reinfarctizare, mortalitate) (2).

În schimb, bolnavii cu infarct miocardic (IM) beneficiari ai unui suport social solid au șanse sporite către o evoluție favorabilă (cercetări efectuate de Light și colab. și Grewn și colab., cit. de Dornelas).

c) Tendințe la subestimarea simptomelor sugestive pentru CHD. În general, bolnavii coronarieni, posesori ai tipului comportamental A, absorbiți de proiectele lor ambițioase și aflați într-o cvasipermanentă criză de timp, solicită tardiv asistență medicală la primele semne/simptome ale IM și, de regulă, **atribuie**

durerii coronariene alte cauze extracardlace (reumatism, nevralgii intercostale etc.). La fel se comportă și pacienții foarte optimiști sau chiar persoanele religioase care se bazează în mod excesiv pe ajutorul divin.

Printre alte caracteristici psihice ale unor astfel de pacienți a fost evidențiată existența, de către unii autori, unui loc de control extern (vezi cap. Stresul psihic) (6).

Ceea ce este mai grav este faptul că apariția morții subite poate fi favorizată și de subestimarea/negarea simptomelor de avertizare asupra apariției unui infarct miocardic (3).

3. Aspecte de ordin somatopsihic

a) Impactul psihologic marcat al deteriorării dramatice a calității vieții (QOL)

După cum evidențiază numeroasele atingeri ale QOL, la bolnavii cu cardiopatie ischemică coronariană (CHD) – sesizate chiar de către medici sau de familie, dar cuantificate de chestionare specifice, de exemplu, LHFQ, CSI (3) – bolnavul supraviețuitor al IM, uneori cu prețul unor complicații (tulburări de ritm severe, insuficiență cardiacă), devine un adevărat handicapat, în primul rând, din cauza restricțiilor față de eforturi fizice, ca și a reacției în plan afectiv (anxietate severă + depresie) față de pericolul reinfarctizării sau, mai ales, al morții subite. Aceste consecințe biopsihosociale (de remarcat și reducerea contactelor sociale) reclamă intervenția calificată a psihologului.

b) Problema reinsertiei profesionale

După datele din literatura americană, sistematizate de Dornelas, în SUA (3) circa 80% dintre bolnavii cu IM se întorc la lucru (în special cei tratați prin metode chirurgicale). Totuși, cei ce se resemnează să rămână acasă pot să invoce această decizie prin teama de complicații, vârsta apropiată de cea a pensionării, ca și unele caracteristici nocive ale locului de muncă (fumat, noxe fizico-chimice etc.) inclusiv atmosfera de lucru tensionată sau neplăcută.

Cay și Walker (7) au analizat factorii care pledează pentru decizia bolnavului de a reveni la serviciu după stabilizarea infarctului:

- gradul de solicitare fizică și psihică mai redusă al unor activități profesionale versus gradul de dizabilitate al bolnavului;
- nevoi financiare presante;
- teama de creșterea dependenței de familie;
- reducerea contactelor sociale.

Medicul trebuie să aibă în vedere toți acești factori și să încurajeze reinsertia socială și profesională a bolnavului care a suferit un infarct, pe baza unor date clinice și de laborator favorabile acestei decizii.

B. Aspecte biopsihosociale specifice principalelor forme clinice ale CHD

În cele ce urmează vom trata sumar câteva aspecte specifice formelor clinice ale bolii coronariene pentru care rămân valabile argumentele epidemiologice și

experimentale generale în formarea relației de reciprocitate între patologia cardiovasculară și factorii psihosociali.

1) În **angina pectorală (AP)**, legătura dintre SP și declanșarea cvasisimultană a accesului anginos este mult mai ușor de stabilit decât în cazul infarctului miocardic, unde se întâmplă să treacă câteva ore până la apariția simptomelor de debut.

În privința intervenției SP la debutul AP, există studii epidemiologice capabile să ilustreze ponderea încărcării stresante a bolnavilor anginoși în raport cu lotul martor (subiecți sănătoși). Russek (cit. 8) a stabilit existența unei stări de **tensiune emoțională intensă și prelungită înainte de apariția primei crize de angor**, la 91% dintre cei 100 de bolnavi coronarieni studiați.

SP care stă la baza acestor tulburări acționează, datorită „hormonilor de stres”, prin mecanisme multiple hemodinamice, începând cu **creșterea exagerată a nevoilor de oxigen** (raportate la o perfuzie miocardică redusă prin ateromatoză) ca și prin inducerea unei **hipercoagulabilități sangvine** (v. cap. 2).

Totodată, **anumite simptome nevrotice** (depresie, iritabilitate, insomnie, anxietate) au fost găsite de două ori mai frecvent la bolnavii cu angină pectorală decât la martori (ibidem).

Bolile cardiovasculare, inclusiv durerea coronariană, pot fi privite ca un fenomen biopsihosocial, rezultat al interacțiunii dintre factorii biologici, psihologici și sociali, factori care pot explica apariția și manifestarea anginei pectorale și variabilitatea simptomelor care o însoțesc. Diferența dintre acești factori implicați în apariția bolii este, mai degrabă, dependentă de modul în care aceștia sunt evaluați și mai puțin de mecanismul prin care acționează (9). Depresia, de exemplu, poate fi considerată un factor psihologic, fiind relaționată cu o raportare mai frecventă a durerii, dar poate fi considerată și factor psihologic determinant al durerii, prin corelatele sale somatice.

Studiul anginei pectorale este complicat de faptul că **aproximativ 75% dintre episoadele ischemice sunt silențioase** și două treimi dintre episoadele de durere anginoasă raportate nu sunt asociate cu ischemie dovedită (10, 11).

Unii pacienți pot avea durere toracică de altă cauză decât angina.

O observație mai veche (4) ilustrează elocvent **influența stresului psihic** asupra unui pacient coronarian anginos căruia – aflat sub hipnoză – i s-a sugerat o situație anxiogenă concretă din viața personală. În momentul aceluia stres selectiv a apărut o **subdenivelare a segmentului ST pe ECG, fără asocierea unei dureri anginoase**.

Numeroase studii au oferit o atenție specială asocierii dintre depresie și angina pectorală. Carney și colab. (12) susțin că **subiecții cu ischemie simptomatică prezintă mai frecvent depresie** față de subiecții cu ischemie silențioasă, în timp ce alt studiu (13) a demonstrat că pacienții depresivi cu angină pectorală raportează durere mai frecvent. Un studiu prospectiv realizat pe o perioadă de 12 ani a demonstrat că **severitatea depresiei este un predictor** pentru apariția anginei pectorale (14).

Simptomele anxioase pot fi mult mai prezente decât depresia la pacienții cu angină pectorală (14), dar există destul de puține studii care să se refere la această asociere, majoritatea studiilor fiind îndreptate spre durerea de cauză noncardiacă.

Atât **severitatea** (15), cât și **frecvența** (16) durerii anginoase sunt **dependente de gradul anxietății** pacientului. Diferența dintre subiecții simptomatici și cei cu ischemie silențioasă a rămas, încă, o direcție interesantă de cercetat.

O corelație semnificativă este întâlnită între **ostilitate și frecvența cu care survine angina pectorală** (17). Ostilitatea nu este relaționată cu severitatea durerii raportate, dar se asociază cu o puternică implicare a bolnavului în activitățile care determină apariția anginei (ibidem).

De asemenea, sunt dovezi certe și în favoarea celui alt mecanism ischemiant, **spasmul coronarian**, observat chiar pe artere indemne (4) și care – în condițiile unor anomalii constituționale, ca în sindromul X cardiac (Likoff) – pare a fi exclusiv implicat (v. cap. 11).

2) În **infarctul miocardic**, rezultatele unor studii clinice și experimentale pledează, de asemenea, pentru **posibilitatea participării SP în favorizarea și producerea infarctului**. Exemplificăm cu creșterea **incidenței IM în cazul persoanelor cu profesii cu responsabilitate crescută**, frecvența semnificativ mai mare a IM la **lucrătorii manuali** supuși unor SP față de un lot martor nestresat, constituirea unui IM după SP **brutale**, toate acestea fiind corelate cu **posibilități reduse de control decizional** pe care le au bolnavii cu unele SP profesionale ce favorizează apariția IM (18). Referitor la această lipsă de control, cuplată cu proiecția subiecților într-o situație percepută ca extrem de amenințătoare, cităm un experiment soldat cu apariția cu o frecvență de 25% a unei necroze miocardice focale la șobolanii obligați – prin conținție într-o cușcă – să asculte 30 de minute înregistrarea pe bandă a zgomotului luptei între o pisică și un șobolan (19). S-a stabilit, totodată, că subiecții cu reactivitate cardiovasculară crescută (*hot reactors*) au un **risc dublu de recidivă a IM** (20).

Intervenția SP în reinfarctizare este și mai importantă, în special la cei cu **tulburări de ritm restante (îndeosebi extrasistole ventriculare)** date fiind instabilitatea electrică a miocardului – mult crescută după infarct (21) – și descărcarea de catecolamine în cursul SP (atenuată considerabil doar de beta-blocante), care, de altfel, administrate după infarct scad rata reinfarctizării.

Studiile psihologice – axate pe legătura dintre apartenența subiecților la **tipul comportamental A și incidența crescută a IM, care este dublă** – au evidențiat un fenomen și mai concludent: creșterea exponențială a incidenței IM în cazul **asocierii tipului comportamental A (TABP) cu alți factori de risc (HTA, hipercolesterolemie, fumat etc.)** (22).

În același timp, modificarea TABP, reglementată într-un program psihoterapeutic adecvat – a contribuit la scăderea semnificativă a reinfarctizării și a mortalității la bolnavii cu sechele de IM studiați (23).

Se impune considerarea ca factor de risc psihic major asocierea unor evenimente stresante la tipul A întrucât au existat numeroase studii care au contestat legătura dintre comportamentul de tip A – luat ca un ansamblu de trăsături psihice exteriorizate în acțiune – și predispoziția pentru IM.

Rezultatul prezenței unor stresuri cumulate într-o perioadă de circa 6 luni dinaintea debutului IM este adeseori reprezentat de un **sindrom de epuizare** (5), semnalat și de studiul Frammingham (22).

Dornelas (3) semnaleză ștergerea diferențelor existente în evoluția CHD, legate de sexul pacienților coronarieni, care – în afara unor particularități endocrine specifice inerente – au purtat și continuă să poarte amprenta unor valori socioculturale datorită cărora a fost modelat – în prezent – comportamentul femeilor în societate, în special în cadrul profesiei. Se exemplifică prin comparația dintre două soții de președinți (Laura Bush și Hillary Clinton – separate prin peste 2 decenii ca vârstă, dar și ca mentalitate și preocupări – în favoarea concluziei că factorii psihosociali au ajuns să modeleze evoluția bolii coronariene într-un mod destul de asemănător la bărbații și femeile cu această afecțiune (în exemplul citat, Hillary Clinton), contribuind la estomparea diferențelor legate de gen/sex.

O notă aparte de nuanță a agresivității o constituie **prezența comportamentului dominant la bolnavii coronarieni** care – potrivit datelor din literatură, sistematizate de Dornelas (3) – **generează ample răspunsuri fiziologice cardiovasculare atunci când aceste persoane sunt stresate** (de exemplu, concediere, subordonare etc.).

Comportamentul dominant este considerat un factor de risc independent pentru apariția CHD (24) și chiar pentru deces (25).

Recunoașterea acestei trăsături comportamentale se face prin înregistrarea la persoanele dominante a tentației de a scurta, a întrerupe sau a completa vorbele interlocutorului, ca și asumarea spontană a rolului de organizator/șef într-o situație de impas colectiv (v. chestionarul Jenkins).

Spre deosebire de agresivitatea propriu-zisă, dominanța nu este îndreptată împotriva unei alte persoane (24).

Interiorizarea furiei la „purătorii” TABP – așa cum am mai amintit la factorii de risc specifici pentru CHD – contribuie la apariția mai frecventă a IM, mai ales când aceștia sunt hipertensivi (1, 8).

❖ Depresia postinfarct

Datele amănunțite despre acest subiect au fost tratate în cadrul altui capitol. Ceea ce trebuie subliniat și reținut este implicarea ei atât în apariția, cât și în agravarea evoluției IM – în special prin rolul cortizolului (foarte crescut în depresie) și în creșterea agregabilității plachetare – și scăderea activității fibrinolitice prin izolarea socială (26), ca și prin scăderea aderenței/compliancei terapeutice (27).

- **Teama de moarte având consecințe în planul creșterii anxietății și a depresiei**, activând un cerc vicios, soldat cu agravarea evoluției IM.

- **Efectele negative asupra psihicului membrilor familiei** cărora medicul sau psihologul trebuie să le sugereze încurajări, îndrumări și adesea măsuri de ordin psihoterapeutic (în special persoanei care îngrijește bolnavul).

❖ Referitor la **intervenția psihologică** la bolnavii supraviețuitori unui IM, considerăm ca necesare următoarele obiective (date preluate din Dyer și Beck – 28, și completate cu alte date din literatură) redată în *tabelul 1*.

3) Moartea subită. Deși se cunosc cazuri de moarte subită, verificate necropsic, în reproducerea cărora a putut fi incriminat un SP violent, în absența unor leziuni coronariene (29) – **cel mai adesea moartea subită (MS) sub efectul SP survine la un bolnav coronarian.**

Tabelul 1. Strategii de abordare plurifactorială a bolnavilor CHD

- Modificarea tipului comportamental A (toți factorii componenți devin factori de risc după apariția IM).
- Abordarea plurifactorială a factorilor de risc.
- Ședințe săptămânale pentru aplicarea unor tehnici psihoterapeutice adecvate comportamentelor nocive și tulburărilor psihice:
 - depresia trebuie obligatoriu tratată (inclusiv medicamentos);
 - anxietatea – mai ales cea însoțită de corelate somatice importante și frecvente.
- Implicarea familiei în programul terapeutic.
- Creșterea complianței terapeutice.
- Creșterea calității vieții.
- Instruirea bolnavului asupra recunoașterii simptomelor (o posibilă reinfarctizare sau complicații), cu obligația expresă de a solicita ajutorul de urgență.

Dintre numeroasele dovezi ale relației dintre SP și moartea subită – unele chiar furnizate de simpla anecdotică a unor decese survenite la comunicarea unor vești tragice sau, paradoxal, în momentul unor bucurii violente – merită amintit studiul efectuat de Myers și Dewar (30) care au analizat necroptic 100 de bolnavi cu cardiopatie ischemică, decedați prin moarte subită. Autorii au stabilit că la 23% din acest lot a survenit un SP cu 30 de minute înainte de moartea subită, iar la 40% un SP a fost înregistrat în cursul a 24 de ore anterioare; deci, un total de 63% la care legătura cu SP poate fi apreciată ca foarte probabilă.

Referitor la stresul anticipativ pe care multă lume îl încearcă în noaptea de duminică spre luni – la începutul unei noi săptămâni de lucru – Witte și colab. (31) au relatat o incidență maximă a MS în diminețile de luni.

Dintre cauzele apariției MS, în afara stresului, care pot fi încadrabile în sfera factorilor psihosociali, trebuie subliniate ignorarea restricțiilor față de eforturile violente.

De asemenea, coronarienii având o atitudine fatalistă (loc de control extern) din cauza căreia desconsideră avertismentele reprezentate de durerile toracice intermitente după apariția infarctului miocardic întrunesc cea mai mare probabilitate de apariție a MS prin nesolicitarea intervenției medicale (6).

Acest comportament de veritabilă negare a primejdiei de a fi bolnav de infarct miocardic sau altă afecțiune cardiacă este cunoscut în literatură sub numele de *cardiac denial* (3) (negare cardiacă) (Sirous – 32) și este, de asemenea, implicat în nediagnosticarea în timp util a IM.

O problemă ce pare clarificată în mod favorabil pentru bolnavii cu IM în antecedente este cea referitoare la posibilitatea acestora de a întreține acte sexuale.

Müller și colab. (33) au constatat că din cele 300 000 MS apărute în SUA în anul precedent numai 1% a survenit în cursul unui act sexual. Această observație se explică prin cantitatea de efort fizic depus de un coronarian prudent ce respectă indicațiile restrictive față de eforturile extreme și care tolerează eforturile sexuale moderate. Totuși practica sexului anal este periculoasă prin faptul că

excitarea terminațiilor vagale anale poate antrena tulburări de ritm severe care pot determina MS.

Pronind de la faptul că 1 din 5 decese prin MS survin la persoane cu antecedente cardiace severe, Dornelas (3) propune ca **membrii familiei unui coronarian să fie instruiți în efectuarea resuscitării cardiace**, cu efect salvator dacă ese instituită corect în decursul celor 4 minute de la oprirea inimii.

Bibliografie

1. Sinescu C.J., Iamandescu I.B., Chițu A., Barbu A., Maiorov A. (2012) – Incidenta tipului comportamental A și asocierea lui cu interiorizarea furiei la bolnavii cu infarct miocardic versus bolnavii hipertensivi, Zilele Medicale Severinene, ed. III-a, 05/07.04.2012.
2. Brummett B.H. et al. (2001) – Characteristic of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk of mortality, *Psychosomatic Medicine*, 63, 267-272.
3. Dornelas E.A. (2008) – *Psychotherapy with Cardiac Patients: Behavioral Cardiology in Practice*, Publisher: Amer Psychological Assoc., Washington DC.
4. Kleinsorge R. (1979) – Koronarospasmen bei Stresssituationen, *Therapiewoche*, 29, 32, 4939-4942.
5. Lindeberg S. et al. (2012) – Exhaustion predicts coronary heart disease independently of symptoms of depression and anxiety in men but not in women, *J. Psych. Res.*, 72, 17-21.
6. O'Carroll R.E., Smith K.B., Grubb N.R., Fox K.A., & Masterton G. (2001) – Psychological factors associated with delay in attending hospital following a myocardial infarction, *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 611-614.
7. Cay E.L. (1982) – Psychological problem in patients after a myocardial infarction – *Adv. Cardiol.*, 29, 108-112.
8. Iamandescu I.B., Frunză A. (2009) – Elemente de psihosomatică cardiovasculară, în I.B. Iamandescu (sub red.), *Psihologie Medicală. Psihosomatică generală și aplicată*, Editura Infomedica, București.
9. Fillingim R.B. (2005) – Individual differences in pain responses – *Curr. Rheumatol. Rep.*, 7:342-7.
10. Krantz D., McCeney M. (2005) – Effects of psychological and social factors on organic disease. A critical assessment of research on coronary disease, *Annual Rev. Psychol.*, 53, 341-369.
11. Henrikson C.A., Howell E.E., Bush D.E., Miles J.S., Meininger G.R., Friedlander T., Bushnell A.C., Chandra-Strobos N. (2003) – Chest pain relief by nitroglycerin does not predict active coronary artery disease, *Ann. Intern. Med.*, 139:979-86.
12. Carney R.M. et al. (2003) – Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease, *Biol. Psychiatry*, 54:241-247.
13. Sheps D.S., Creed F., Clouse R.E. (2004) – Chest pain in patients with cardiac and noncardiac disease, *Psychosom. Med.*, 66:861-7.
14. Moore R.K., Groves D., Bateson S., Barlow P., Hammond C., Leach A.A., Chester M.R. (2005) – Health related quality of life of patients with refractory

angina before and one year after enrolment onto a refractory angina program, *Eur. J. Pain.*, 9:305-10.

15. Bengtson A., Herlitz J., Karlsson T., Hjalmarson A. (1996) – Distress correlates with the degree of chest pain: a description of patients awaiting revascularization, *Heart*, 75:257-60.

16. Ketterer M.W., Huffman J., Lumley M.A., Wasswaf S., Gray L., Kenyon L., Kraft P., Brymer J., Rhoads K., Lovullo W.R., Goldberg A.D. (1998) – Five-year follow-up for adverse outcomes in males with at least minimally positive angiograms: importance of „denial“ in assessing psychosocial risk factors, *J. Psychosom. Res.*, 44:241-50.

17. Smith T.W., Follick M.J., Korr K.S. (1984) – Anger, neuroticism, type A behaviour and the experience of angina, *Br. J. Med. Psychol.*, 57(Pt 3):249-52.

18. Siegrist J. et al. (1980) – *Soziale Belastung und Herzinfarkt*, Enke, Stuttgart.

19. Raab W., Chaplin J., Bayns E.P. (1964) – Myocardial necrosis produced in rats by sensory and emotional stresses, *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 116-665.

20. Elliot R.S., Morales Balejo H.M. (1988) – Stress and the Heart Measuring and evaluating reactivity, *Hospimedica*, 5, 6, 55-61.

21. Lown B., de Silva R.A. (1978) – Roles of psychological stress and autonomic nervous system changes in provocation of ventricular premature complexes, *Amer. J. Cardiol.*, 41, 79-83.

22. Haynes S.G., Feinleib M. (1982) – Type A behaviour pattern and the incidence of coronary heart disease in the Framingham Heart Study, *Adv. Cardiol.*, 29, 85-95.

23. Rosenman R.H., Friedeman M. (1977) – Modifying type A behaviour pattern, *J. Psychosom. Res.*, 21:323-331.

24. Siegman, A.W., Kubzansky, L.D., Kawachi, I., Boyle, S., Vokonas, P.S. & Sparrow, D. (2000) – A prospective study of dominance and coronary heart disease in the Normative Aging Study, *American Journal of Cardiology*, 86, 145-149.

25. Houston, B.K., Chesney, M.A., Black, G.W., Cates, D.S. & Hecker, M.H. (1992) – Behavioral clusters and coronary heart disease risk, *Psychosomatic Medicine*, 54, 447-461.

26. Carruthers M. (1982) – Discussions pp. 266-268 in 330. Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A. (1982) – *Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter*, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne.

27. Iamandescu I.B. (2010) – *Manual de Psihologie medicală*, Editura Informedica, București.

28. Dyer J., Beck N. (2007) – Psychocardiology: Advancing the assessment and treatment of heart patients, *Electronic Journal of Applied Psychology: Psychocardiology*, 3 (2), 3-12.

29. Klumbies G. (1980) – *Psychotherapie in Allgemeinmedizin*, Hirzel Verlag, Leipzig.

30. Myers A., Dewar H.A. (1975) – Circumstances attending 100 sudden deaths from coronary artery disease with coroner's necropsy, *Brit. Heart. J.*, 37, 1133-38.

31. Witte D.R. et al. (2005) – A meta-analysis of excess cardiac mortality on Monday, *Europ. J. Epidemiol.*, 20, 401-406.

32. Sirous F (1992) – Le dénié de la maladie coronarienne, *CMAJ*, 147, 315-321.

33. Muller, J.E., Mittleman, M.A., Maclure, M., Sherwood, J.B., & Tofler, G.H. (1996) – Triggering myocardial infarction by sexual activity: Low absolute risk and prevention by regular physical exertion: Determinants of Myocardial Infarction Onset Study investigators, *Journal of the American Medical Association*, 275, 1405-1409.

C. Aspecte particulare ale psihoterapiei în CHD

Liliana Neagu

Psihoterapia este necesară și extrem de utilă în toate formele de CHD. Este utilizată în asocierea cu celelalte măsuri terapeutice. Ea se asociază următoarelor **ținte ale intervenției**:

- reprezentarea cognitivă asupra bolii. Trebuie corectate autoaprecierile eronate ale bolnavului și insuflată o viziune optimistă, dar realistă, asupra prognosticului bolii.

- comportamentul de tip A, interiorizarea furiei, relațiile sociale defectuoase, izolarea socială.

- comportamentul de consum (fumatul în special, alcoolul în exces, dietă nocivă și consumul de droguri).

- anxietatea și depresia ca obiective majore ale psihoterapiei.

- complianța terapeutică/aderența bolnavului care necesită un tratament medical complex, dar și un stil de viață riguros.

Întrucât toate aspectele/țintele psihoterapeutice au fost tratate în capitolele din partea generală a lucrării, în ceea ce urmează vom relua spre completare **problema complianței terapeutice** și vom introduce o problemă foarte importantă: **PT familiei bolnavului cardiac**, măsurile care vor fi prezentate fiind valabile de asemenea și în celelalte cardiopatii importante (în special HTA, insuficiență cardiacă, cardiopatii congenitale).

1. Probleme specifice complianței terapeutice a bolnavului cu CHD

Creșterea complianței are un mare potențial de reducere a costurilor îngrijirilor și a suferinței pacientului. Factorii care influențează noncomplianța includ factorii cei care țin de pacient, de medic, de trăsăturile bolii, de caracteristicile regimului de tratament și diverși factori contextuali.

Tehnici pentru rezolvarea nonaderenței

Literatura de specialitate în psihoterapia nonaderenței la tratament nu oferă neaparat un ghid constructiv pentru practica clinică. În domeniul cardiologiei, majoritatea pacienților cu boli de inimă vor fi nonaderenți la un anumit grad. Este foarte dificil să ai un regim alimentar, să urmezi programe de tratament și să păstrezi ritmul vizitelor medicale.

Pe măsură ce oamenii dezvoltă boli mai grave și progresive, se confruntă cu o serie de probleme psihologice și logistice pentru aderare. Pentru schimbarea

comportamentului se utilizează câteva strategii aplicate în terapia individuală, precum:

a) Strategii care vizează sensibilitatea:

- rugați pacientul să descrie experiența bolii cu propriile lui cuvinte;
- solicitați comparații referitoare la modul în care pacientul se simțea din punct de vedere emoțional, fizic și social înainte de diagnosticarea bolilor de inimă față de situația actuală;

- provocați gânduri, sentimente și experiențe ale membrilor familiei apărute de la diagnosticarea bolii de inimă.

b) Abordări care încearcă să „încline balanța” spre schimbarea comportamentului:

- rolul jucat într-un scenariu în care ar fi necesară schimbarea de comportament (de exemplu, refuzul alimentelor nesănătoase la o reuniune de familie);

- imaginarea unei părți a corpului lor – ce ar putea spune, dacă ar putea vorbi (de exemplu, „ce-ar spune picioarele umflate, dacă ar putea vorbi?”);

- vizualizarea corpului în cazul în care schimbarea stilului de viață nu s-ar face sau succesul în care această schimbare dificilă s-ar realiza;

- revizuirea documentelor, cum ar fi aplicarea chestionarelor calității vieții pentru a înțelege mai bine perspectiva ei.

c) Mod de preparare: strategiile aplicate pacientului pregătit să se schimbe:

- notarea mai multor gânduri sau credințe despre boala cardiacă;

- completarea unui contract scris între pacient și medic;

- achiziționarea de echipamente necesare (de exemplu, pantofi de mers pe jos, scară pentru cada de baie) sau educație (lectură);

- schimarea mediului (de exemplu, afișarea programului de medicație, întocmirea listei de cumpărături, eliminând alimentele tentante care ar declanșa nonaderența, cum ar chipsuri de cartofi).

d) Acțiuni: abordări terapeutice care ajută pacienții să păstreze schimbarea:

- angajarea la un grup de sprijin pentru reabilitarea cardiacă;

- identificarea recompenselor specifice pentru obiectivele atinse;

- continuarea eforturilor de învățământ (de exemplu, evitarea restanțelor care servesc mâncare foarte sărată sau ridicată în grăsimi.

e) Întreținere: strategii menite să consolideze succesul pe termen lung:

- compararea chestionarelor de calitate a vieții sau a jurnalelor alimentare de la începutul tratamentului până în momentul de față;

- încurajarea pacienților să adere la un grup de sprijin pentru a-i motiva și pe ceilalți;

- acordarea de sprijin specific pentru realizarea importanței primelor etape ale schimbării comportamentului și, mai ales, după mai multe luni de efort dificil de apreciat;

- identificarea situațiilor în avans care ar putea plasa persoana în riscul recăderii;

- continuarea disponibilității de ajutor pentru constituirea resurselor în cazul în care pacienții vor avea nevoie de sprijin suplimentar în viitor.

Dornelas (1) subliniază că liniile directoare dovedite utile în eforturile cu pacienții nonaderenți includ următoarele:

- evaluarea și începerea tratamentului stresului psihic ca primă prioritate față de schimbarea comportamentului;
- evaluarea nivelului de pregătire pentru a schimba comportamentul în cauză;
- utilizarea abordării care este congruentă cu etapa schimbării persoanei.

Factorii de personalitate, de asemenea, pot intra în joc cu pacienții nonaderenți. De exemplu, oamenii care sunt în mare măsură dominanți nu pot beneficia de o abordare nestructurată sau ar putea exercita un control prin refuzul comportamentului de automonitorizare.

Capacitatea clinicianului de a recunoaște dinamica de personalitate și de a ajusta un răspuns corespunzător este de obicei un factor cheie pentru a reduce jena sau tendințele combative care pot apărea la unii pacienți.

Sotile (2) propune următoarele **forme de adresare**, cum ar fi: terapeutul ar putea complimenta punctele forte ale pacientului și face apel la logica lui (de exemplu, *„O persoană la nivelul dvs. are deja o mare de cunoștințe cu privire la modul în care organizațiile funcționează, iar munca noastră împreună vă ajută să puneți în valoare abilitățile pe care să le aplicați în îmbunătățirea sănătății dvs“*). Unei persoane rezistente la schimbarea comportamentului i s-ar putea spune: *„Pari a fi genul de persoană care ar face într-adevăr ceva cu mintea sa“* sau terapeutul ar putea spune *„Deși mulți oameni depind de dumneavoastră, cred că este înțelept să învățați cum să vă concentrați energia asupra celor mai importante aspecte, mai degrabă decât să reacționați la fiecare bătaie de cap“*.

O altă intervenție bine formulată se referă la **necesitatea de a se împăca cu alte persoane importante**: *„boala și criza conduc oamenii înțelepți să ia în considerație aspectul nou al vieții – oamenii importanți pentru tine probabil au nevoie de tine, de a fi puternic și suficient de înțelept să fii cel care începe să construiască o punte de legătură cu ei. Acum, mai mult ca niciodată, ei se tem și au nevoie de ajutorul tău în legătură cu tine.“*

* * *

Psihoeducația, consilierea de susținere și tratamentul în cadrul medicinei de familie pot fi eficiente în a ajuta pacienții și îngrijitorii lor de a se adapta la diagnosticul bolilor cardiace cronice. Medicii care oferă sprijin, precum și ajutor practic, sunt de multe ori extrem de apreciați de către pacienți. Oricare dintre abordările terapeutice pot fi adaptate pentru a lucra cu o populație de geriatrie. Pe măsură ce tehnologia medicală continuă să se îmbunătățească, mai mulți pacienți cu boli cardiace cronice vor beneficia de dispozitive, medicamente și intervenții care oferă **o rată crescută de supraviețuire și o mai bună calitate a vieții**. Cu toate acestea, în ciuda acestor eforturi mulți oameni nu răspund adecvat la terapia medicală pentru bolile de inimă cronice. Astfel, se confruntă cu probleme la sfârșitul ciclului de viață, fiind o etapă inevitabilă de progresie a bolii cronice de inimă.

2. Psihoterapia familiei bolnavului cardiac

Bolile cardiovasculare, prin definiție, sunt progresive și, de obicei, urmează un curs cronic, cu efect atât asupra individului, cât și a asistentului. Oamenii care au avut atacuri de cord, complicații care rezultă din chirurgia cardiacă, boli cardiace congenitale, aritmie sau oricare dintre condiții legate de inimă – pot manifesta o boală cronică progresivă sau refractară, care agravează calitatea vieții.

Este nevoie de cercetare privind tratamentele psihologice în cazul persoanelor cu boli de inimă cronice. Lane, Chong și Lip (3) au revizuit intervențiile psihologice pentru depresie în cazul insuficienței cardiace și nu au fost capabili să identifice studii randomizate controlate. În cazul pacienților cu insuficiență cardiacă, medicii nu-și pot permite luxul de a aștepta rezultatele empirice.

În continuare vom analiza **rolul terapeutului în a ajuta pacienții să vorbească** despre problemele sfârșitului ciclului de viață, iar acest lucru ar putea fi adecvat pentru persoanele cu boli de inimă cronice.

Susan McDaniel și alții (4) au scris pe larg despre furnizorii serviciilor de îngrijire medicală, pacienții cu afecțiuni medicale și membrii familiilor pacienților respectivi. Terapia în cadrul medicinei de familie se referă la o **abordare biopsihosocială care integrează terapia de familie și medicina de familie** într-o abordare de colaborare pentru tratamentul persoanelor și familiilor care se confruntă cu probleme medicale.

Terapia medicinei de familie folosește o abordare sistemică și, astfel, terapeutul/medicul de familie ar putea avea mai multe șanse de a utiliza o **genogramă la consultația inițială, pentru a examina configurația structurală a familiei și harta sănătății mintale și a datelor istoricului medical**.

Un rezumat al unor termeni comuni utilizați de terapeuții de familie poate fi de ajutor. Din punct de vedere evolutiv familiile care au avut un climat de cooperare și de coeziune au mai multe șanse de a lucra bine împreună pentru a-și asigura hrana și adăpostul pentru familie.

Bowen (5) dezvoltă mai multe principii care stau la baza interacțiunii membrilor familiei. **Conceptul de „triunghiuri”** se referă la faptul că relațiile diadice tind să fie instabile și adăugând o terță parte se poate reduce tensiunea, stabilizând o diadă șubredă. Diferențierea de sine se referă la un proces prin care o persoană își gestionează individualitatea și comuniunea în relații, astfel încât aceasta să fie în măsură să se afirme în mod corespunzător, să recunoască și să accepte o dependență sănătoasă de alții. Procesul de transmitere multor generații se referă la conceptul că **oamenii au tendința de a alege parteneri care sunt de același nivel de clasificare** prin care ei înșiși își perpetuă modelele relaționale similare prin fiecare generație.

În general, Bowen (6) a oferit multe exemple de moduri în care familiile extrem de diferențiate sunt turbulente și nefericite. Familiile psihologic sănătoase au mai multe resurse emoționale pentru a face față bolilor cardiace cronice, în timp ce familiile care funcționează defectuos au o capacitate mai redusă de a gestiona anxietatea și să se ocupe de nivelurile excesive de stres pe care boala cardiovasculară le poate provoca.

Medicii de familie pot ajuta familiile care se confruntă cu boli cronice de inimă, să comunice și să facă față mai eficient prin prelucrarea sentimentelor de pierdere și furnizarea asistenței medicale. De asemenea, ei ar putea ajuta familia să identifice deciziile care trebuie să fie făcute, oferind psihoeducație despre procesul de boală și de a ajuta persoanele care îi îngrijesc să-și exprime sentimentele negative cum ar fi: furia, vina, rușinea, singurătatea. Când nu există niciun tratament eficient disponibil, îngrijitorii și familiile pot avea durerea asociată cu pierderea anticipată a pacientului.

Copiii pot avea temeri cu privire la capacitatea lor de a oferi sume tot mai mari pentru îngrijire, că boala se agravează sau în legătură cu propria lor sănătate (teama că vor ajunge la o vârstă la care mama lor a dezvoltat boala). Persoanele care-și îngrijesc partenerii pot deveni copleșite trăind cu **incertitudinea în legătură cu progresia bolii**.

Unele tehnici utile în tratarea persoanelor care îi îngrijesc sunt incluse aici:

Aspecte practice

- discutarea despre **problemele financiare** sau juridice;
- furnizarea de **informații și resurse** cu privire la boală;
- ajutarea familiei să vorbească despre **subiecte jenante** (de exemplu, îngrijirea unui părinte care a devenit incontinent);
- identificarea resurselor pentru **suport** (de exemplu, grupuri, servicii de îngrijire temporară, a ajutoarelor casei de sănătate).

Tehnici generale de susținere

- **încurajarea comunicării**;
- descrierea de către pacient a **comportamentelor utile** comparativ cu cele nefolositoare (de exemplu, cei mai mulți pacienți nu agreează comportamentul exagerat al familiei);
- normalizarea răspunsului fiecărui membru.

Abordări concentrate asupra îngrijitorilor

- **examinarea emoțiilor îngrijitorului** (resentimentele față de pacient, alți membri ai familiei, culpabilitate etc.);
- ajutorul acordat **activităților de autoîngrijire** (timp pentru activități plăcute, obținerea de sprijin);
- ajutor acordat în vederea **anticipării declinului** sau a morții subite a pacientului.

În concluzie, familiile au răspunsuri diferite pentru a face față bolilor de inimă și terapia în cadrul medicinei de familie poate fi o modalitate de tratament extrem de utilă pentru ambele condiții **cronice** și **acute**. Chiar și o **consultare a familiei** poate fi extrem de utilă pentru psihoterapeut și echipa de tratament. Disponibilitatea de consultări periodice de la un terapeut „de familie” poate fi reconfortantă pentru pacienți.

Bibliografie

1. Dornelas EA. (2008) – *Psychotherapy with Cardiac Patients: Behavioral Cardiology in Practice*, Publisher: Amer. Psychological. Assoc., Washington DC.

2. Sotile Wayne M. (1992) – *Heart illness and intimacy: how caring relationships aid recovery*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
3. Lane D.A., Chong A.Y., Lip G.Y.H. (2005) – *Psychological interventions for depression in heart failure*, Ed. Cochrane Heart Group.
4. McDaniel SH., Sheilds, C., Franks P., Harp J., and Campbell I.L. (1992) – Development of the Family Involvement (FEICS): A Self Report Scale to Measure Expressed Emotion, *J. Marital and Family Therapy*.
5. Bowen M. (1978) – *Family Therapy in Clinical Practice*.
6. Bowen M. (1974) – publication *Toward the differentiation of self in one's family of origin*, resursa internet; www.bowentheory.com.

IV. Insuficiența cardiacă

Alexandru Chițu, Ioan-Bradul Iamandescu

1. Aspecte generale

Insuficiența cardiacă (IC) este cel mai adesea etapa finală a evoluției celorlalte cardiopatii, cumulând, în plan etiopatogenetic, acțiunea principalilor factori de risc ai BCV, iar în plan psihosocial, **modificările psihologice produse de bolile cu evoluție cronică severă invalidantă, dar și cele specifice diverselor cardiopatii** a căror agravare „a ancorat” în această etapă finală de IC.

Insuficiența cardiacă reprezintă o complicație în evoluția altor boli cardiace, fiind considerată ca factor care evoluează spre deces într-un interval situat în medie (în 50% din cazuri) sub 5 ani, dar este percepută în general mai degrabă ca o boală cronică decât ca o boală fatală (1).

Referitor la **mortalitate** – apreciată la 10%-40% în primul an de la apariție – nu se poate prevedea forma bolii care se poate solda cu deces deoarece există forme de insuficiență cardiacă mai puțin severe la care există un mai mare **risc de moarte subită** (2). Există mai degrabă perioade de stabilitate relativă (în special în formele tratate). Din acest motiv, aderența (compliance terapeutică) la regimul și tratamentul medical devin factori importanți grevați de influența crescută a factorilor psihosociali (1).

Din punct de vedere psihologic pacienții au o **predispoziție spre depresie**, mai ales cei care sunt spitalizați pentru insuficiență cardiacă și ajung să se gândească la moarte numai în acest moment al spitalizării/vieții, altfel această obsesie a apropierei morții nu este așa de des întâlnită (2).

Din punct de vedere fiziopatologic, insuficiența cardiacă reprezintă acel sindrom clinic caracterizat prin incapacitatea cordului de a asigura un debit cardiac adecvat necesităților organismului în condițiile unei întoarceri venoase normale sau de a asigura creșterea debitului numai cu prețul creșterii presiunii de umplere ventriculară.

Simptomele principale ale insuficienței cardiace (dispneea de efort și repaus și astenia generală) sunt cauzate de scăderea debitului cardiac – cu stază

pulmonară consecutivă și ulterior sistemică – și hipoxia tisulară, iar scăderea, pe această cale, a fluxului sangvin conduce la o stare de iritabilitate cronică și scădere a performanțelor intelectuale. La acestea se adaugă disconfortul și afectarea locomoției cauzate de prezența edemelor.

Referitor la **dispnee** – indiferent de caracterul ei, moderat sau paroxistic – ea creează o stare de anxietate crescută mergând până la senzația de moarte iminentă, în cazul paroxismelor nocturne (fiind maximă în edemul pulmonar acut), iar – atunci când devine de repaus – bolnavul prezintă o stare de invaliditate care necesită prezența unui îngrijitor.

În plus, o astfel de situație în care se află bolnavul cu IC îl predispune pe acesta la instalarea unei **depresii sau la agravarea acestui sindrom psihiatric, dacă el exista deja** (de exemplu, după un infarct miocardic).

Dispneea poate apărea și neașteptat în cursul nopții (dispnee paroxistică nocturnă) întrerupând somnul pacienților. Ea se ameliorează la 15-20 de minute după adoptarea poziției șezând. În cazul unei insuficiențe cardiace severe, pacientul se poate confrunta chiar cu o respirație ciclică (Cheyne-Stokes) – respirație intensă, urmată de absență a respirației. Afecțiunile asociate somnului, cum este **apneea de somn**, sunt frecvente la pacienții cu insuficiență cardiacă și pot agrava foarte mult afecțiunea cordului (3).

Ca urmare a scăderii activității cardiace, apar scăderea fluxului sangvin cerebral și hipoxemia, care în general provoacă pacientului **iritabilitate cronică și afectarea performanțelor intelectuale**. Aceste manifestări reduc considerabil calitatea vieții pacientului care suferă de această afecțiune, inducându-i o stare generală de neliniște și oboseală.

Un studiu suedez (4), făcut pe un lot de 40 de pacienți, a demonstrat că pacienților nu le este necesară numai căutarea și aflarea unui prognostic al bolii lor. Ei devin din ce în ce mai deprimați, își pierd speranța și starea de fericire (de exemplu, „Nu este nimic ce pot face, de ce să mă mai gândesc la aceasta?”). În cadrul aceluiași studiu este menționată preferința pacienților de a înțelege natura cauzei afecțiunii de care suferă. Întrucât prevalența insuficienței cardiace crește direct proporțional cu vârsta pacientului, bolnavii cred că o cauză a acestui sindrom este chiar îmbătrânirea. Agard și colab. (4) au concluzionat că: „este dreptul fiecăruia de a ști și de a alege prognosticul”.

Prin urmare, toate aceste „noi experiențe” ale pacientului îl forțează să „se adapteze psihic” și conform definiției stresului: „*Stresul reprezintă efortul determinat de adaptarea organismului la o situație nouă*” (5, 6), – **calitatea vieții pacientului diagnosticat cu insuficiență cardiacă scade considerabil**.

După toate aceste simptome și incapacități nou apărute (în raport cu boala cauzală sau, uneori, brusc) pacientul ajunge într-un final la medic (de familie sau cardiolog), unde – după o investigație amănunțită – îi este pus diagnosticul de INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ. Odată cu certitudinea acestui diagnostic, pacientul se va informa foarte bine, cel mai adesea, despre consecințele și modul de evoluție ale insuficienței cardiace (1).

Afectarea calității vieții bolnavilor cu IC este importantă și se manifestă în primul rând la nivelul funcției emoționale care este afectată major, mai ales

după instalarea depresiei și pe fondul unei anxietăți crescute care agravează – prin hiperventilația de stres – dispneea de cauză cardiacă (7).

Sunt afectate în mod marcat și funcțiile fizică și socială.

Funcția fizică este afectată maxim în cazul dispneei de repaus, iar **funcția socială** prin pierderea locului de muncă sau de dificultățile de natură variată întâlnite în cazul **reconversiei profesionale** (ceea ce poate conduce la o marcată ameliorare a funcției emoționale) (1).

În plus, **funcția emoțională și cea socială sunt influențate de relațiile bolnavului** cu familia sa, în sensul unei reciprocități emoționale: familia este neliniștită în legătură cu suferința și nevoile de îngrijire ale bolnavului (necesitând adesea psihoterapie pentru cei care sunt mai apropiați de bolnavi (de exemplu, soț/soție), iar bolnavul suferă impactul negativ al unei atitudini fie hiperprotectoare, fie indiferente ale celorlalți, dar poate fi adesea îngrijorat de distress-ul excesiv al celor apropiați, preocupați excesiv de soarta sa.

În literatură este descris frecvent **stresul celui care îngrijește un bolnav cardiac**. Utilizarea chestionarului CSI (8) care cuprinde 13 itemi dintre care cei referitori la afectarea somnului, emoțiile puternice – compasiune, responsabilitate – probleme financiare sunt implicați.

Peste 7 răspunsuri pozitive indică **nevoia asistării psihologice** a acestor persoane care pot fi, de regulă, persoane mai în vârstă, aparținând familiei bolnavului, dar și din afara acesteia.

Se remarcă faptul că **bolnavii cu IC ale căror rude sunt medici sau asistente medicale** au o securitate emoțională crescută (1).

O importanță majoră trebuie acordată **cantității și calității somnului** care în IC este tulburat la nivelul instalării trezirilor nocturne cauzate de paroxisme simptomelor (tuse, dispnee) și al oboselii din timpul zilei.

Autorii norvegieni ai unui studiu prospectiv pe o durată de 9-11 ani – pe o populație indemnă de IC (9) – au studiat aceste aspecte ale somnului la toți subiecții și au constatat, la sfârșitul studiului, că la cei care în aceea perioadă au devenit bolnavi de IC au fost prezente dereglările sus-menționate ale somnului într-o proporție de 3 ori mai mare decât la subiecții rămași indemni. Această constatare indubitabilă sugerează faptul că **tulburările somnului pot avea un rol permisiv pentru instalarea IC** la bolnavii cardiaci susceptibili de a dezvolta IC (de exemplu, CHD cu sau fără infarct, HTAE severă etc.)

Adaptarea emoțională a bolnavilor de IC la problemele complexe ale bolii, situată în zona de graniță a existenței, este mai bună la bărbații tineri (10) și mult mai dificilă la femei – prin afectarea capacităților lor fizice solicitate de activitatea zilnică – și la persoanele cu relații de cuplu marital defectuoase (în acest din urmă caz există un risc crescut pentru instalarea decesului) (autori cit. de 1).

Intervenția psihologică trebuie să vizeze renunțarea la stilul de viață contraindicat în IC, tratarea depresiei și accentul pus pe capacitățile restante, apte să ofere încă o serie de satisfacții de ordin fizic și spiritual permise de stadiul bolii. În formele severe, cu evoluție terminală – în paralel cu măsurile medicale paliative – bolnavul trebuie pregătit pentru acceptarea demnă a sfârșitului.

2. Câteva probleme psihologice demne de atenția medicului practician

Pacienții, precum și membrii familiilor lor, ar **trebui să fie informați despre progresul bolii**. Trebuie fixate ca obiective majore: creșterea calității vieții pacienților și oferirea de soluții care să **sporească gradul de speranță** a ameliorării suferinței lor.

Atenție ridicată la paciențele gravide! Între 1% și 3% dintre femeile gravide sunt și cardiace. Boala cardiacă este responsabilă pentru aproximativ 15% dintre decesele materne (11).

Pacienții (cunoscuți ai bolnavului) care au murit neașteptat dintr-o boală cardiacă – trebuie explicat pacientului că aceștia au avut și alte complicații asociate care, la el, nu sunt prezente.

Stresul îngrijitorului trebuie identificat și luat în considerație în planul intervenției psihologice.

Controlul greutateii corporale și dieta hiposodată fac parte din tratamentul complex al IC. Se va iniția un plan de reducere a greutateii. Câteva sfaturi generale pentru pierdere în greutate ar fi evitarea alimentelor bogate în calorii, reducerea dimensiunilor porțiilor și evitarea grăsimilor, a uleiurilor și a zaharurilor. Alternativ, pierderea excesivă în greutate poate fi un motiv de îngrijorare în cazul insuficienței cardiace avansate.

Stresul. Chiar dacă este inevitabil, el poate fi controlat prin adoptarea unei atitudini pozitive față de problemele vieții. „Ascultă semnalele corpului tău. Continuă activitățile care te fac să te simți bine, și nu limita activitățile care te bucură cu adevărat. Petrece timp cu cei dragi și bucură-te de viață!” Acestea sunt sfaturile care trebuie date bolnavilor cu insuficiență cardiacă (1). Alte detalii pot fi găsite în capitolul consacrat terapiei antistres, valabilă și pentru bolnavii cardiaci.

3. Fumatul și consumul de alcool

Fumatul reprezintă un factor de risc pentru insuficiența cardiacă și poate fi prevenit prin intervenție psihologică atunci când se instalează dependența tabagică.

Alcoolul poate deprima funcția de contracție a inimii. Totuși unii specialiști recomandă un pahar de vin roșu pe zi. În mai multe situații grave de insuficiență cardiacă alcoolul trebuie exclus total.

Rămâne deschisă cercetărilor viitoare descoperirea de noi strategii terapeutice pentru bolnavii suferinzi de insuficiență cardiacă, făcând completarea că este utilă o bună informare a acestor pacienți, încă de la primele simptome, ceea ce ar reduce semnificativ stările de anxietate provocate de tabloul semiologic al insuficienței cardiace (12).

Bibliografie

1. Dornelas E.A. (2008) – *Psychotherapy with Cardiac Patients: Behavioral Cardiology in Practice*, Publisher: Amer Psychological Assoc., Washington DC.
2. Willems D.L., Hak A., Visser F., & Van der Wal G. (2004) – Thoughts of patients with advanced heart failure on dying, *Palliative Medicine*, 18, 564-572.

3. Manualul Merck, ed. a XVIII-a (2009), Ed. All, Bolile Cardiovasculare, 572-773.
4. Agard A., Hermeren G., & Herlitz J. (2004) – When is a patient with heart failure adequately informed? A study of patients knowledge of and attitudes toward medical information, *Heart and Lung*, 33, 219-226.
5. Iamandescu I.B. (2002) – *Stresul psihic din perspectivă psihologică și psihosomatică*, Ed. Infomedica.
6. Fritzsche K., Wirsching M. (2006) – *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Springer, Heidelberg.
7. Iamandescu I.B., Frunză A. (2009) – *Psihologie Medicală, Psihosomatica Bolilor Cardiovasculare*, Ed. Infomedica, București.
8. Robinson B.C. (1983) – Validation of caregiver strain index, *Journal of Gerontology*, 38, 344-348.
9. Laugsand L.E., Vatten L.J., Plattou C., Jansky I. (2011) – Insomnia and the risk of incident heart failure: a population study, *Circulation*, 124, 2073-2081.
10. Evangelista L.S., Dracup K., K., Doering L., Westlake C., Fonarow G.C., & Hamilton M. (2002) – Emotional well-being of heart failure patients and their caregivers, *Journal of Cardiac Failure*, 8, 300-305.
11. Arafeh J.M., & Baird, S.M. (2006) – Cardiac disease in Pregnancy, *Critical Care Nurse Quarterly*, 29, 32-52.
12. Dyer J., Beck N. (2007) – Psychocardiology: Advancing the assessment and treatment of heart patients, *Electronic Journal of Applied Psychology: Psychocardiology*, 3 (2), 3-129.

CAPITOLUL 13

CHIRURGIA CARDIOVASCULARĂ

Radu Mihai Dumitrescu

Introducere

Evoluția științifică și cea tehnologică din ultimile două decade au permis efectuarea unui număr tot mai mare de proceduri chirurgicale și cardiologice intervenționale, permițând tratarea unor afecțiuni cardiovasculare severe; în limite largi, putem vorbi de **chirurgie cardiacă deschisă** (bypassuri aorto-coronariene, bypasuri aorto-femorale și periferice, plastii și proteze valvulare, transplant cardiac), **proceduri percutanate** (angioplastii coronariene cu balon sau prin stentare, investigații radio-imagistice, montare de dispozitive de asistare ventriculară – balon de contrapulsatie aortică) și **proceduri de montare de dispozitive implantabile (pacemaker, defibrilatoare)**. În cazul populației pediatrică chirurgia cardiacă vizează în special bolile malformative.

Evoluția, declanșarea și acutizarea bolilor cardiovasculare sunt dependente direct de modificări morfo-patologice la nivelul vaselor și al miocardului; influența aterosclerozei, a dislipidemiei, a hipertensiunii arteriale și a altor tulburări metabolice a fost studiată de diverse ramuri ale medicinei. **Factorii emoționali pot avea o importanță etiologică în acutizarea a unor boli preexistente sau deconspirarea unei patologii necunoscute**; stările anxioase, furia, emoțiile puternice pot promova răspunsuri acute în funcționarea cardiacă (tahicardie, palpitații ș.a.) (20) care pot determina evenimente ischemice acute, pusee hipertensive și antrenarea unor mecanisme disfuncționale în cadrul aparatului cardiovascular. Separarea rigidă între tulburările cardiace organice și cele funcționale (nervoase) este o suprasimplificare, abordarea psihosomatică realizează o integrare a celor două componente: anatomică și psihologică. Înțelegerea actuală a bolilor și a tratamentelor nu mai poate fi făcută fără a lua în considerare creșterea calității vieții care presupune o atenție deosebită față de viața intrapsihică și relațională a individului.

În cazul adulților, bolile cardiovasculare pentru care sancțiunea terapeutică este una chirurgicală reprezintă o patologie complexă, cu evoluție de durată medie sau lungă (cu excepția bolii ischemice coronariene în cazul adultului tânăr), care modifică flagrant calitatea vieții, care afectează profund desfășurarea activităților cotidiene ale bolnavilor și, nu în ultimul rând, relațiile lor sociale și familiale. **Aspectele psihologice trebuie să facă parte integrantă din tratamentul și recuperarea** acestor pacienți și au ca scop final îmbunătățirea calității vieții în ansamblul ei. Nu este de neglijat implicația pecuniară a acestor tratamente; costurile directe sau indirecte ale intervențiilor chirurgicale cardiace sunt mari și de cele mai multe ori întreaga familie este implicată. Veniturile proprii ale bolnavilor sunt reduse atât prin incapacitatea de muncă apărută odată cu evoluția bolii cât și prin veniturile obișnuite ale unui pacient vârstnic (pensionar). Problema financiară aduce un plus de stres la nivelul întregii familii care va îngriji un astfel de bolnav pe un interval destul de mare de timp având în vedere timpul mediu privind recuperarea unui astfel de bolnav.

Psihozele postoperatorii și delirul (sindrom psihoorganic) sunt entitățile cele mai frecvente și cele mai studiate (1); tulburările psihosomatice care apar sunt însă mai numeroase și vizează o evoluție îndelungată în perioada de recuperare.

1. Prevalența anxietății și a depresiei în rândul pacienților cu boli cardiace

Este de trei ori mai mare decât în populația generală; 25-30% dintre acești pacienți prezintă probleme persistente din sfera tulburărilor de dispoziție (2, 3).

Există evidențe care atestă că **depresia reprezintă un factor independent** care influențează mortalitatea de cauză cardiacă (4). Pacienții cu boală coronariană care sunt deprimați au o calitate scăzută a vieții în legătură cu starea de sănătate. Depresia a fost identificată ca un puternic factor determinant în starea de sănătate similar cu alți factori ce pot fi determinați obiectiv prin măsurători medicale specifice bolilor cardiace (stenoza arterelor coronare, semne de ischemie miocardică, fracția de ejeție a ventriculului stâng) (5). Pacienții depresivi pot avea **alterarea agregării plachetare** printr-un proces mediat de serotonina plasmatică; **reducerea variabilității ritmului cardiac** este un alt mecanism posibil care să explice creșterea riscului de aritmii ventriculare și moarte subită cardiacă la pacienții depresivi. **Mediatorii proinflamatori** identificați în cazul depresiei pot avea o contribuție și în cazul bolii ischemice cardiace (6). Simptomatologia în cazul depresiei poate fi comună cu cea a insuficienței cardiace; insomnia și lipsa apetitului pot fi prezente în ambele patologii. Tristețea și anhedonia apar cu precădere în depresie în timp ce anorexia severă, pierderea în greutate, fatigabilitatea, scăderea capacității de concentrare și a libidoului apar mai frecvent în cazul insuficienței cardiace severe.

Simptomele din spectrul anxietății apar frecvent la pacienții coronarieni mai ales în cazul unor evenimente acute; varietatea formelor de prezentare este mare: atacuri de panică, anxietate generalizată, manifestări hipocondriace, ruminații obsesive și reacții acute de stres.

Prolapsul de valvă mitrală a fost asociat cu atacurile de panică chiar în absența modificărilor hemodinamice notabile. Anxietatea după un infarct miocardic este unul dintre cei mai importanți predictori privind complicațiile pe parcursul internării (7). Efectele severe ale anxietății în cazul bolii ischemice sunt mediate prin modificarea ritmului cardiac, prelungirea intervalului QT și prin acțiunile de la nivelul sistemului nervos autonom (8).

2. Aspecte de ordin psihologic legate de montarea de dispozitive implantabile

Este foarte posibil ca pacienții care au primit un **dispozitiv implantabil automat (defibrilator sau pacemaker)** să fi suferit un eveniment cardiac dramatic, amenințător de viață (aritmie ventriculară malignă) care reprezintă un eveniment anxiogen în sine. Un astfel de **dispozitiv este un agent psihologic stresor extrem de important** care reamintește permanent pacientului că se află la risc pentru a dezvolta o tulburare de ritm posibil fatală. O condiție similară este **prezența unei valve metalice** cardiace care suplimentar mai generează și un zgomot ce nu poate fi neglijat. **Temeri privind malfuncția acestor dispozitive**, privind consumarea bateriei, sau cele legate de schimbarea lor la un anumit interval sunt generatoare de anxietăți importante (9).

Un alt factor anxiogen pentru pacientul supus chirurgiei cardiace sau care are **dispozitive implantate** (stenturi, proteze valvulare, proteze vasculare) este reprezentat de **tratamentul anticoagulant și limitările aduse** de către acesta; pe lângă tratamentul curent medicamentos de uz cardiologic apar și riscurile de sângerare sau de ocluzie al dispozitivelor cu consecințe dramatice.

Plecând de la aceste premise devine tot mai clar că **reabilitarea cardiacă este pluridisciplinară**; alături de recuperarea fizică trebuie să coexiste o recuperare psihologică și emoțională efectuată de specialiști în domeniu.

3. Identificarea nevoilor și a dificultăților de ordin psihologic

Identificarea nevoilor și a dificultăților de ordin psihologic în cazul pacientului cardiac reprezintă etapa care precede orice intervenție psihologică; acestea sunt descrise în termeni de severitate, complexitate și durată în timp (10):

- îngrijorări cu privire la semnificația și importanța simptomelor;
- aderența/complianța la tratament și îngrijorările privind efectele secundare/adverse ale medicației;
- neîncrederea, negarea, șocul de a descoperii că are o boală cardiacă;
- adaptarea și implicarea în activitățile zilnice;
- modificarea comportamentelor cu risc pentru bolile cardiovasculare;
- modificările în relațiile cu apropiații;
- interpretările catastrofale/exagerate cu privire la impactul pe care îl are boala; perspectiva tragică a viitorului;
- apariția sau intensificarea unor probleme psihologice preexistente bolii cardiace.

Intervențiile psihologice în cadrul programului de recuperare vizează aceste nevoi și încearcă modificarea factorilor de risc specifici (nivel adecvat de exerciții fizice, renunțarea la fumat, reducerea greutateii corporale la un $IMC < 30 \text{ kg/m}^2$), dar și a unor factori de risc generali (consumul de alcool, managementul stresului).

4. Aspecte psihosomatice în cazul copiilor și al adolescenților supuși chirurgiei cardiace

În cazul copiilor și al adolescenților, patologia supusă intervențiilor chirurgicale vizează în special **bolile malformative**; înțelegerea de către părinți a problemelor de sănătate ale copiilor și a importanței vitale a tratamentului adecvat este esențială. Modificările de ordin psihologic sunt determinate în principal de posibilitatea pierderii unui copil, care aduce în mintea fiecărui părinte probleme greu tolerabile și cu impact pe termen lung. Recunoașterea rapidă a simptomatologiei, tratamentul chirurgical adecvat și într-un interval de timp optim alături de **intervențiile psihologice și de suport ale acestor familii** pot controla anxietatea severă care domină aceste perioade (11). Procesul este prelungit pe toată durata postoperatorie și în cea de recuperare existând **posibilitatea unor complicații majore**: aritmii, hipertensiune pulmonară, sângerări, reintervenții, insuficiență cardiacă și alte complicații apărute la nivelul altor aparate și sisteme; toate aceste aspecte vor trebui explicate, înțelese și asumate de persoanele implicate în îngrijirea pacientului cardiac. Scopul final al îngrijirii este reprezentat atât de **creșterea calității vieții** cât și de **integrarea copilului în mediul social** în care urmează să se dezvolte. Pentru evaluarea acestor tipuri de pacienți se folosesc precoc, dar și la intervale mai mari de timp în perioada de recuperare, **interviuri în profunzime care se adresează totodată și familiei**; se urmăresc distorsiunile de ordin psihologic date de boala de bază și consecințele ei somatice, tulburările relațiilor sociale, performanțele școlare și cele motrice (11).

Principala temă de ordin psihologic se concentrează pe **formarea convingerii „ești puternic și rezistent”**; convingerea apare la adolescenții și copiii supuși chirurgiei cardiace prin mecanisme intrinseci de apărare sau din cauze externe

- îngrijorări cu privire la semnificația și importanța simptomelor;
- aderența/complianța la tratament și îngrijorările privind efectele secundare/adverse ale medicației;
- neîncrederea, negarea, șocul de a descoperii că are o boală cardiacă;
- adaptarea și implicarea în activitățile zilnice;
- modificarea comportamentelor cu risc pentru bolile cardiovasculare;
- modificările în relațiile cu apropiații;
- interpretările catastrofale/exagerate cu privire la impactul pe care îl are boala; perspectiva tragică a viitorului;
- apariția sau intensificarea unor probleme psihologice preexistente bolii cardiace.

Intervențiile psihologice în cadrul programului de recuperare vizează aceste nevoi și încearcă modificarea factorilor de risc specifici (nivel adecvat de exerciții fizice, renunțarea la fumat, reducerea greutății corporale la un $IMC < 30 \text{ kg/m}^2$), dar și a unor factori de risc generali (consumul de alcool, managementul stresului).

4. Aspecte psihosomatice în cazul copiilor și al adolescenților supuși chirurgiei cardiace

În cazul copiilor și al adolescenților, patologia supusă intervențiilor chirurgicale vizează în special **bolile malformative**; înțelegerea de către părinți a problemelor de sănătate ale copiilor și a importanței vitale a tratamentului adecvat este esențială. Modificările de ordin psihologic sunt determinate în principal de posibilitatea pierderii unui copil, care aduce în mintea fiecărui părinte probleme greu tolerabile și cu impact pe termen lung. Recunoașterea rapidă a simptomatologiei, tratamentul chirurgical adecvat și într-un interval de timp optim alături de **intervențiile psihologice și de suport ale acestor familii** pot controla anxietatea severă care domină aceste perioade (11). Procesul este prelungit pe toată durata postoperatorie și în cea de recuperare existând **posibilitatea unor complicații majore**: aritmii, hipertensiune pulmonară, sângerări, reintervenții, insuficiență cardiacă și alte complicații apărute la nivelul altor aparate și sisteme; toate aceste aspecte vor trebui explicate, înțelese și asumate de persoanele implicate în îngrijirea pacientului cardiac. Scopul final al îngrijirii este reprezentat atât de **creșterea calității vieții** cât și de **integrarea copilului în mediul social** în care urmează să se dezvolte. Pentru evaluarea acestor tipuri de pacienți se folosesc precoce, dar și la intervale mai mari de timp în perioada de recuperare, **interviuri în profunzime care se adresează totodată și familiei**; se urmăresc distorsiunile de ordin psihologic date de boala de bază și consecințele ei somatice, tulburările relațiilor sociale, performanțele școlare și cele motrice (11).

Principala temă de ordin psihologic se centrează pe **formarea convingerii „ești puternic și rezistent”**; convingerea apare la adolescenții și copiii supuși chirurgiei cardiace prin mecanisme intrinseci de apărare sau din cauze externe

(intervenția părinților, familia extinsă). Mecanismele de apărare sunt procese inconștiente de restaurare cu scopul de a menține imaginea de sine și de a se adapta în fața unor realități stresante; principalul obiectiv al acestora este reducerea sau evitarea anxietății (12). Un alt mijloc de apărare declanșat poate fi cel de negare a bolii, se manifestă prin nerespectarea indicațiilor medicale și de cele mai multe ori prin eforturi fizice (joacă) care depășesc limitele impuse de familie (uneori aceste limite sunt mai drastice decât cele impuse medical printr-o supraprotecție). În alte situații există o ignorare, o neglijare a bolii; copiii povestesc un eveniment limitat de timp din experiența lor legată de chirurgie și își „reamintesc” că au o anumită boală doar cu ocazia examenelor medicale periodice. Atitudinea părinților și a apropiaților poate modifica atât în sens negativ cât și în sens pozitiv viața psihică a pacienților. Educarea acestora și înțelegerea reacțiilor declanșate de către persoanele implicate în îngrijire influențează dramatic viața intrapsihică a pacientului. Sentimentele de învinovățire și de blamare (în special în ce le privește pe mame) provoacă o exagerare a comportamentelor protective față de copilul bolnav (chiar dacă a avut o intervenție curativă și cu recuperare adecvată). Învinovățirea poate aduce alterări în ceea ce privește comunicarea dintre cei doi părinți cu afectarea interrelației până la scindarea cuplului.

Chirurgia cardiacă este una practică doar în anumite centre urbane, are o anumită concentrare regională în toate țările; necesarul de îngrijire al copilului poate impune mutarea familiei pentru a fi cât mai aproape de spitalul care poate asigura îngrijirea adecvată. **Mutarea modifică întreaga dinamică a familiei**; se schimbă serviciul, se îndepărtează de familia extinsă sau de prieteni, se părăsește casa și aduce cheltuieli financiare suplimentare. Se declanșează sentimentele de sacrificiu în beneficiul copilului ca mai târziu comportamentele să evolueze spre perfecționism (în special pentru performanțele școlare ale copilului, cu cerințe uneori exagerate sau care depășesc posibilitățile native ale copilului). În cazul adolescenților, atitudinile modificate ale părinților după apariția problemelor medicale accentuează dificultățile inerente apărute între membrii familiei la acest moment; restricțiile impuse de părinți pot fi în realitate mai mari sau sunt doar percepute în acest sens de copii. Structura de personalitate, temperamentul și factorii socioculturali acționează asupra mecanismelor de apărare declanșate atât de pacienți cât și de părinții acestora.

Reprimarea de la nivel conștient a unor amintiri și experiențe stă la baza mecanismelor de apărare; egoul se opune reapariției la nivel conștient a unor amintiri, dorințe, motive și emoții resimțite în cursul evoluției unor probleme somatice importante. **În cazul adolescenților operați la vârsta copilăriei** experiențele traumatizate sunt menținute în exterior prin catalogare drept amintiri deficitare, uitări care trebuie însă sondate în cadrul unei evaluări psihologice. Necunoașterea sau incertitudinile legate de starea lor de sănătate sau despre boala lor limitează inițiativa și luarea unor decizii aducând chiar frustrări suplimentare (13). Mecanismele de reprimare la copii și adolescenți cu probleme somatice de sănătate sunt folosite ca mijloc de a evita fenomenele de respingere socială care pot fi puternice în cadrul grupurilor sociale de adolescenți (14).

Reacțiile compensatorii sunt dezvoltate împotriva sentimentelor de inadecvare socială, reale sau imaginare; adolescenții cu activități motrice

(intervenția părinților, familia extinsă). Mecanismele de apărare sunt procese inconștiente de restaurare cu scopul de a menține imaginea de sine și de a se adapta în fața unor realități stresante; principalul obiectiv al acestora este reducerea sau evitarea anxietății (12). Un alt mijloc de apărare declanșat poate fi cel de negare a bolii, se manifestă prin nerespectarea indicațiilor medicale și de cele mai multe ori prin eforturi fizice (joacă) care depășesc limitele impuse de familie (uneori aceste limite sunt mai drastice decât cele impuse medical printr-o supraprotecție). În alte situații există o ignorare, o neglijare a bolii; copiii povestesc un eveniment limitat de timp din experiența lor legată de chirurgie și își „reamintesc” că au o anumită boală doar cu ocazia examenelor medicale periodice. Atitudinea părinților și a apropiaților poate modifica atât în sens negativ cât și în sens pozitiv viața psihică a pacienților. Educarea acestora și înțelegerea reacțiilor declanșate de către persoanele implicate în îngrijire influențează dramatic viața intrapsihică a pacientului. Sentimentele de învinovățire și de blamare (în special în ce le privește pe mame) provoacă o exagerare a comportamentelor protective față de copilul bolnav (chiar dacă a avut o intervenție curativă și cu recuperare adecvată). Învinovățirea poate aduce alterări în ceea ce privește comunicarea dintre cei doi părinți cu afectarea interrelației până la scindarea cuplului.

Chirurgia cardiacă este una practică doar în anumite centre urbane, are o anumită concentrare regională în toate țările; necesarul de îngrijire al copilului poate impune mutarea familiei pentru a fi cât mai aproape de spitalul care poate asigura îngrijirea adecvată. **Mutarea modifică întreaga dinamică a familiei**; se schimbă serviciul, se îndepărtează de familia extinsă sau de prieteni, se părăsește casa și aduce cheltuieli financiare suplimentare. Se declanșează sentimentele de sacrificiu în beneficiul copilului ca mai târziu comportamentele să evolueze spre perfecționism (în special pentru performanțele școlare ale copilului, cu cerințe uneori exagerate sau care depășesc posibilitățile native ale copilului). În cazul adolescenților, atitudinile modificate ale părinților după apariția problemelor medicale accentuează dificultățile inerente apărute între membrii familiei la acest moment; restricțiile impuse de părinți pot fi în realitate mai mari sau sunt doar percepute în acest sens de copii. Structura de personalitate, temperamentul și factorii socioculturali acționează asupra mecanismelor de apărare declanșate atât de pacienți cât și de părinții acestora.

Reprimarea de la nivel conștient a unor amintiri și experiențe stă la baza mecanismelor de apărare; egoul se opune reapariției la nivel conștient a unor amintiri, dorințe, motive și emoții resimțite în cursul evoluției unor probleme somatice importante. **În cazul adolescenților operați la vârsta copilăriei** experiențele traumatizate sunt menținute în exterior prin catalogare drept amintiri deficitare, uitări care trebuie însă sondate în cadrul unei evaluări psihologice. Necunoașterea sau incertitudinile legate de starea lor de sănătate sau despre boala lor limitează inițiativa și luarea unor decizii aducând chiar frustrări suplimentare (13). Mecanismele de reprimare la copii și adolescenți cu probleme somatice de sănătate sunt folosite ca mijloc de a evita fenomenele de respingere socială care pot fi puternice în cadrul grupurilor sociale de adolescenți (14).

Reacțiile compensatorii sunt dezvoltate împotriva sentimentelor de inadecvare socială, reale sau imaginare; adolescenții cu activități motrice

limitate din cauza bolii încearcă să obțină confirmări și recunoaștere prin activități școlare, depunând însă un travaliu uneori mai mare decât ar fi justificat. Anumite activități școlare sau profesionale ajung să forțeze limitele fizice ale acestor pacienți (suprasolicitare) declanșând un cerc vicios care trebuie explicat și demontat (15). Nevoia de recunoaștere este mai mare la adolescenți și pune o presiune sporită din punct de vedere psihologic decât la un adult.

În cadrul formațiunii reactive se regăsesc factorii motivați determinanți și emoțiile care provoacă anxietate și pe care pacienții încearcă să-i integreze la nivelul eului; bolnavul care nu reușește să se adapteze cu condiția sa (limitarea competențelor și a abilităților fizice) dezvoltă **emoții și comportamente extreme în ceea ce privește încrederea de sine, optimismul, insecuritatea, pesimismul și anxietatea**. Modificările se observă și în modul de comunicare: tonul vocii, mișcarea ochilor, cuvintele alese în descrierea situațiilor. Sentimentele de **neajutorare și lipsă de speranță** sunt prezente chiar și după intervenția chirurgicală fiind chiar mai accentuate la copiii ai căror părinți au manifestat comportamente excesive în ceea ce privește protecția (16). A fi protejat, îngrijit și chiar tratat diferențial de către părinți poate deveni o rutină care accentuează starea de „bolnav” consolidând sentimentele de inadecvare și incapacitate ale copiilor (17).

5. Transplantul cardiac

Transplantul cardiac a devenit o intervenție terapeutică adresată insuficienței cardiace aflate într-un stadiu final de evoluție, deasupra resurselor terapeutice clasice; creșterea supraviețuirii acestor pacienți a dus la o creștere a interesului pentru problemele de ordin psihologic care influențează recuperarea și calitatea vieții. Tulburările imediate postoperatorii sunt unele psihoorganice și includ: delir, halucinații, tulburări de memorie și pierderi de scurtă durată ale stării de conștientă (18). Ele apar la aproximativ 25% dintre pacienți și au drept cauză tratamentul imunosupresor (ciclosporina) și tulburările complexe (metabolice, ale fluidelor, ale parametrilor fiziologici) (19). Complicațiile psihiatrice mai pot cuprinde tulburări ale dispoziției ca urmare a tratamentului cu corticosteroizi; tulburarea depresivă poate însoți un proces de adaptare după o perioadă lungă de așteptare și incertitudine (lista de așteptare pentru intervenție) marcată de anxietatea legată de moarte (20). Tristețea și alte emoții negative pot însoți perioada postoperatorie ca urmare a unor expectații nerealiste sau a unor complicații neașteptate (de exemplu, infecția cu citomegalovirus). Tulburarea depresivă din această perioadă influențează apariția unor comportamente care scad complianța terapeutică și apariția ideății sau chiar a tentativei suicidare (21). Intervenția psihologică urmărește identificarea și cuantificarea comportamentelor cu risc; prima etapă este una suportivă. Se dezvoltă un plan pentru creșterea complianței terapeutice; prin mijloace cognitive de conceptualizare a bolii se explică simptomele, cognițiile disfuncționale, gândurile negative automate și se antrenează pacientul în dezvoltarea unor comportamente eficiente în perioada de manifestare a

simptomelor depresive. Planurile și monitorizarea activităților zilnice, exercițiile privind normalizarea, dar și îmbunătățirea comunicării cu familia și prietenii vor fi componente ale terapiei. Necesitatea tratamentului medicamentos va fi stabilită de medicul psihiatru.

6. Diagnosticul psihosomatic în cazul pacientului cardiac

Evaluarea psihologică și psihiatrică a bolnavului cardiac are la bază criteriile **DSM-IV** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – ediția a IV-a); acest tip de apreciere este pe de o parte dificilă în cazul medicinei primare și pe de altă parte **ține să subevalueze anumite suferințe de ordin psihologic importante** pentru prognosticul global al pacientului.

În acest scop au fost propuse și folosite alte criterii diagnostice cum ar fi **DCPR** (*Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*). În cazul evaluării psihologice a bolnavului transplantat cardiac (Grandi S., 2001) evaluarea ghidată DSM-IV a surprins un procent de 18% al bolnavilor cu tulburări mentale comparativ cu 66% prin evaluarea conform criteriilor DCPR (22). Anumite sindroame (demoralizare, comportament sau personalitate de tip A, dispoziție iritabilă și alexitimia) nu sunt surprinse prin utilizarea riguroasă a DSM-IV.

Cele mai frecvente categorii diagnostice (conform DSM-IV) raportate în cazul bolnavului supus chirurgiei cardiace sunt: tulburările anxioase, tulburări ale dispoziției, tulburările de adaptare și tulburările psihotice; afecțiunile din spectrul anxietății reprezintă o treime din totalul bolilor raportate (22). Evaluarea DSM-IV confirmă prevalența pe axa I a simptomelor care caracterizează sindroamele depresive sau anxioase; deși identificarea acestora se face cu ușurință de cele mai multe ori ele nu sunt suficient de severe pentru a satisface criteriile diagnostice ale acestui manual de diagnostic.

Din punct de vedere psihosomatic, sindroamele descrise utilizând criteriile DCPR sunt cuprinse în lista următoare (23):

- demoralizare.
- comportament sau personalitate de tip A.
- dispoziție iritabilă.
- alexitimie.
- anxietate legată de o condiție medicală sau de starea de sănătate.
- fobia legată de moarte.
- fobia legată de boli sau de proceduri medicale.
- negarea bolii.
- somatizarea persistentă.
- reacțiile aniversare.
- simptomele conversive.
- simptomele funcționale somatice secundare unor afecțiuni psihice.

Pentru o apreciere și înțelegere mai bune ale condițiilor psihosomatice ale pacienților cardiaci vom prezenta în continuare criteriile diagnostice conform DCPS (2) pentru cele mai frecvente sindroame.

Criterii diagnostice pentru demoralizare

A. O stare de spirit caracterizată prin conștientizarea de către pacient a eșecului privind îndeplinirea unor așteptări proprii (sau ale altora); totodată pacientul se simte incapabil de a se adapta în fața unor situații apăsătoare. Pacientul se simte lipsit de ajutor, lipsit de speranță și gata să abandoneze.

B. Această stare de spirit poate fi prelungită sau generalizată (cu durată de cel puțin o lună)

C. Această stare însoțește condiția medicală sau chiar îi accentuează simptomatologia.

Criterii diagnostice pentru tipul A de personalitate (A-C sunt necesare)

A. O stare caracterizată de iritare care apare în episoadele scurte, de obicei în anumite circumstanțe; uneori, poate fi o stare prelungită sau generalizată care necesită un efort crescut pentru a fi controlată. Se poate manifesta prin irascibilitate verbală sau alte comortamente exagerate.

B. Starea iritabilă este percepută ca neplăcută de către pacient; manifestările acestuia depășesc efectul de catharsis justificat de o trăire cum este supărarea sau furia.

C. Emoțiile depășesc răspunsurile psihologice obișnuite legate de stres și precipită sau accentuează simptomatologia condiției medicale prezente.

Criterii diagnostice pentru dispoziția iritabilă (A-C sunt necesare)

Cel puțin dintre următoarele 6 caracteristici trebuie să fie prezente:

1. Inabilitatea de a folosi cuvinte adecvate pentru a descrie emoțiile.
2. Tendința de a descrie mai mult detaliile circumstanțiale evenimentului decât emoțiile resimțite.
3. Scăderea capacităților imaginative și a fanteziei.
4. Conținutul gândurilor este asociat mai mult cu evenimentele externe decât cu emoțiile resimțite.
5. Inabilitatea de a recunoaște reacțiile somatice obișnuite care însoțesc trăirea anumitor emoții.
6. Comportamente afective exagerate care sunt declanșate ocazional, dar de cele mai multe ori inadecvat.

Criterii diagnostice pentru anxietatea legată de starea de sănătate (A și B sunt necesare)

A. Îngrijorare persistentă cu privire la boli și durere; preocupare exagerată privind corpul (tendință de a amplifica senzațiile somatice). Durata acestor manifestări depășește 6 luni.

B. Îngrijorările și frica răspund rapid la reasigurările medicale adecvate situației; altele noi tind să le înlocuiască după un anumit timp.

Criterii diagnostice pentru negarea bolii (A și B sunt necesare)

A. Negarea persistentă a faptului că are o boală și trebuie să urmeze un tratament (scăderea complianței la tratament, amânarea examenelor medicale pentru simptome severe sau persistente, comportamente contrafobice). Negarea este o reacție de răspuns la semne, simptome, diagnostice sau tratamente ale unor boli somatice.

B. Pacientul a fost informat cu claritate și competență cu privire la condiția medicală și conduita terapeutică adecvată.

6. Intervențiile terapeutice de ordin psihologic aparțin consilierii psihologice, terapiei suportive și psihoterapiei cognitiv-comportamentale (cu rezultate în acord cu principiile medicinei bazate pe dovezi) și urmăresc mai multe obiective:

- *educarea pacienților* cu privire la boală, manifestările ei, controlarea factorilor de risc (de exemplu, fumatul) și a celor declanșatori, încurajarea comportamentelor sanogene cu rol important în recuperare (de exemplu, exercițiile fizice);
- *educarea echipei medicale* terapeutice cu privire la aspectele de ordin psihologic; îmbunătățirea abilităților de comunicare în raport cu tipurile particulare de personalitate ale pacienților;
- *educarea familiei* și a persoanelor implicate în îngrijire pe perioada recuperării.

Au fost descrise cel puțin **5 tipuri de pacienți supuși chirurgiei cardiace (3) care ridică probleme deosebite personalului de îngrijire**; educarea echipei medicale favorizează depășirea provocărilor aduse de acești bolnavi și înțelegerea nevoilor psihologice ale acestora.

1. Pacienți *suspicioși, paranoizi* care tind să externalizeze problemele, blamează și resping membrii echipei terapeutice.

2. Pacienții cu *comportamente obsesionale* care doresc să mențină controlul și cer permanent explicații și reasigurări.

3. Pacienții *manipulativi* care declanșează conflicte între membrii echipei medicale sperând la obținerea unor „beneficii” personale.

4. Pacienții *pasivi și dependenți* care reclamă un grad ridicat de suport, doresc să cunoască cât mai puține lucruri cu privire la operație și la condiția lor medicală și fac un transfer de responsabilitate.

5. Pacienții *autodistructivi* care manifestă ostentativ comportamente nocive, defavorabile condiției lor medicale, în prezența personalului medical.

Educarea personalului din serviciile de chirurgie și terapie intensivă cardiacă trebuie să aibă în vedere specificul acestor secții; suprasolicitarea, stresul profesional și chiar apariția sindromului *burn-out* sunt o evidență. Atitudinea profesională este centrată pe o hipervigilență în ceea ce privește **urmărirea funcțiilor vitale afișate pe monitoare** în situația unor pacienți a căror stare se poate deteriora rapid și care pot chiar muri fără o intervenție rapidă și adecvată. Îngrijirile medicale sunt ultraspecializate: numeroase aparate, aborduri venoase centrale și periferice, linii arteriale, monitorizări privind diureza și nutriția, recoltarea frecventă a probelor biologice și un număr mare de medicamente cu posologii diferite.

Rotația personalului este o problemă importantă din punct de vedere psihologic (lucrul în ture), iar alianța terapeutică nu îndeplinește criteriile stabilite în cazul consilierii sau al psihoterapiei. Situația devine mai puțin tensionată în secțiile de recuperare și reabilitare (în momentul când pacientul nu se mai află în terapie intensivă); intervențiile de ordin psihologic pot fi desfășurate în condiții mai bune aici deși ele ar trebui să însoțească actul medical pe toată durata desfășurării lui (chiar din preoperator) (3).

Prezentarea nevoilor și a problemelor psihologice către personal revine în sarcina psihiatrului de legătură sau a psihologilor clinicieni (servicii care au devenit disponibile în multe centre de referință autohtone) și se va face într-un mod simplu, bazat pe găsirea practică a unor soluții, pe recunoașterea simptomelor și mai puțin prin explicații laborioase în ceea ce privește descrierea teoretică. Echipa medicală este ghidată în înțelegerea caracterului pacientului, slăbiciunile și calitățile de ordin psihologic ale acestuia, structurile defensive dezvoltate și modul adecvat de comunicare în situații dificile. Echipa psihologică de suport are roluri importante și face parte din alianța terapeutică; are responsabilitatea principală în tratamentul și managementul problemelor psihologice ale pacienților, educă echipa medicală cu privire la răspunsurile și nevoile psihologice ale bolnavilor și are un rol suportiv pentru personal în situațiile dificile cu care aceștia se pot confrunta.

7. Strategii și tehnici de psihoterapie cognitiv-comportamentală în cazul pacienților cu boli cardiace

Apariția unei boli somatice obișnuite nu reprezintă o criză care să necesite o intervenție terapeutică; o boală cardiacă severă, care necesită o **intervenție chirurgicală reprezintă o amenințare severă la adresa integrității persoanei existând posibilitatea ca resursele adaptative ale acesteia să fie depășite** (25). Factorii specifici vieții cotidiene (separare, divorț, probleme financiare, stres, probleme de comunicare) acționează sinergic cu factorii somatici caracteristici bolii cardiace în declanșarea unei crize psihologice. Situația intrapsihică a individului din perioada premorbidă (convingeri, atitudini, comportamente, suport familial și social) este esențială în apariția și menținerea unei distorsiuni psihologice. **Pacienții pun cu dificultate în acțiune strategii sanogene de modificare a factorilor de risc** accesând inițial scheme cognitive deficitare: nu percep amenințarea bolii la adevărata dimensiune, neagă necesitatea unor modificări în stilul de viață, neagă existența simptomelor sau chiar a bolii, consideră că modificările pe care ar trebui să le facă nu merită și vulnerabilitatea sa nu stă în aceste comportamente. La acestea se pot adăuga o informare deficitară (cu privire la boală, consecințe, riscuri și prognostic), lipsa mijloacelor financiare de a efectua investigații sau tratamente, lipsa serviciilor medicale specializate în

arealul geografic în care trăiește și complianța scăzută la tratament. Intervenția psihologică precoce are avantajul învățării precoce și al colaborării mai bune în implementarea unor mecanisme de apărare adecvate.

Factorii de natură cognitivă care intervin în declanșarea unei distorsiuni psihologice sunt: convingerile, atitudinile, supozițiile nerealiste, distorsiunile cognitive (bazate pe procesarea arbitrară a informațiilor, pe tendința de a exagera), percepții și amintiri deformate (accesarea selectivă a amintirilor cu conținut negativ, atenția selectivă), triada cognitivă a lui Beck (stima scăzută de sine va genera o autoculpabilizare în legătură cu boala și generarea unei viziuni negative cu privire la sine, viitor sau lume în general) și sentimentul redus al autoeficienței (25).

Factorii comportamentali deficitari în cazul bolilor somatice sunt: insuficiența sau absența unor strategii adecvate în fața stresului, apelarea la comportamente disfuncționale în cazul stresului (consumul de alcool, tutun, medicamente), absența suportului social și incapacitatea de a solicita sprijin. Factorii cognitivi și cei comportamentali vor fi luați în considerare, alături de cei somatici specifici, în construirea unei strategii terapeutice active, colaborative, orientată pe scop și rezolvarea de probleme. Demersul terapeutic nu poate funcționa fără formarea unei alianțe terapeutice care are la bază empatia, înțelegerea și respectul reciproc.

Tehnici cognitiv-comportamentale de intervenție:

- investigarea detaliată a problemelor (caracteristicile globale ale simptomelor);
- identificarea factorilor precipitanți (dezvăluie vulnerabilitatea și schema cognitivă disfuncțională);
- percepția pacientului (chestionarea directă, lista gândurilor negative automate, tehnica „săgeții verticale”);
- identificarea aspectelor cele mai stresante (ierarhizare);
- examinarea istoriei de viață (evenimente pe care le-a depășit cu succes, accesarea unor resurse terapeutice proprii, evidențierea strategiilor adaptative care au funcționat în trecut);
- evidențierea ideății suicidare (tentative anterioare, consum de alcool, rigiditate în gândire, impulsivitate, lipsa de speranță, simptome psihotice, anhedonie, atitudine pasivă, reducerea interesului pentru lumea exterioară, lipsa suportului afectiv, planul de acțiune);
- accentuarea calităților pacientului („puncte tari”, identificarea și conștientizarea resurselor proprii);
- stabilirea unor obiective realiste;
- înțelegerea bolii din perspectiva cognitiv-comportamentală (descrierea modului în care funcționează, intelectualizare);
- examinarea obiectivă a cognițiilor disfuncționale;
- identificarea obstacolelor și gândire realistă (reducerea fenomenului de „minimalizare a problemelor”, elaborarea unui plan concret și etapizat de modificare a stilului de viață);
- repetarea comportamentelor sanogene (real, imaginar în timpul exercițiilor de relaxare);

arealul geografic în care trăiește și complianța scăzută la tratament. Intervenția psihologică precoce are avantajul învățării precoce și al colaborării mai bune în implementarea unor mecanisme de apărare adecvate.

Factorii de natură cognitivă care intervin în declanșarea unei distorsiuni psihologice sunt: convingerile, atitudinile, supozițiile nerealiste, distorsiunile cognitive (bazate pe procesarea arbitrară a informațiilor, pe tendința de a exagera), percepții și amintiri deformate (accesarea selectivă a amintirilor cu conținut negativ, atenția selectivă), triada cognitivă a lui Beck (stima scăzută de sine va genera o autoculpabilizare în legătură cu boala și generarea unei viziuni negative cu privire la sine, viitor sau lume în general) și sentimentul redus al autoeficienței (25).

Factorii comportamentali deficitari în cazul bolilor somatice sunt: insuficiența sau absența unor strategii adecvate în fața stresului, apelarea la comportamente disfuncționale în cazul stresului (consumul de alcool, tutun, medicamente), absența suportului social și incapacitatea de a solicita sprijin. Factorii cognitivi și cei comportamentali vor fi luați în considerare, alături de cei somatici specifici, în construirea unei strategii terapeutice active, colaborative, orientată pe scop și rezolvarea de probleme. Demersul terapeutic nu poate funcționa fără formarea unei alianțe terapeutice care are la bază empatia, înțelegerea și respectul reciproc.

Tehnici cognitiv-comportamentale de intervenție:

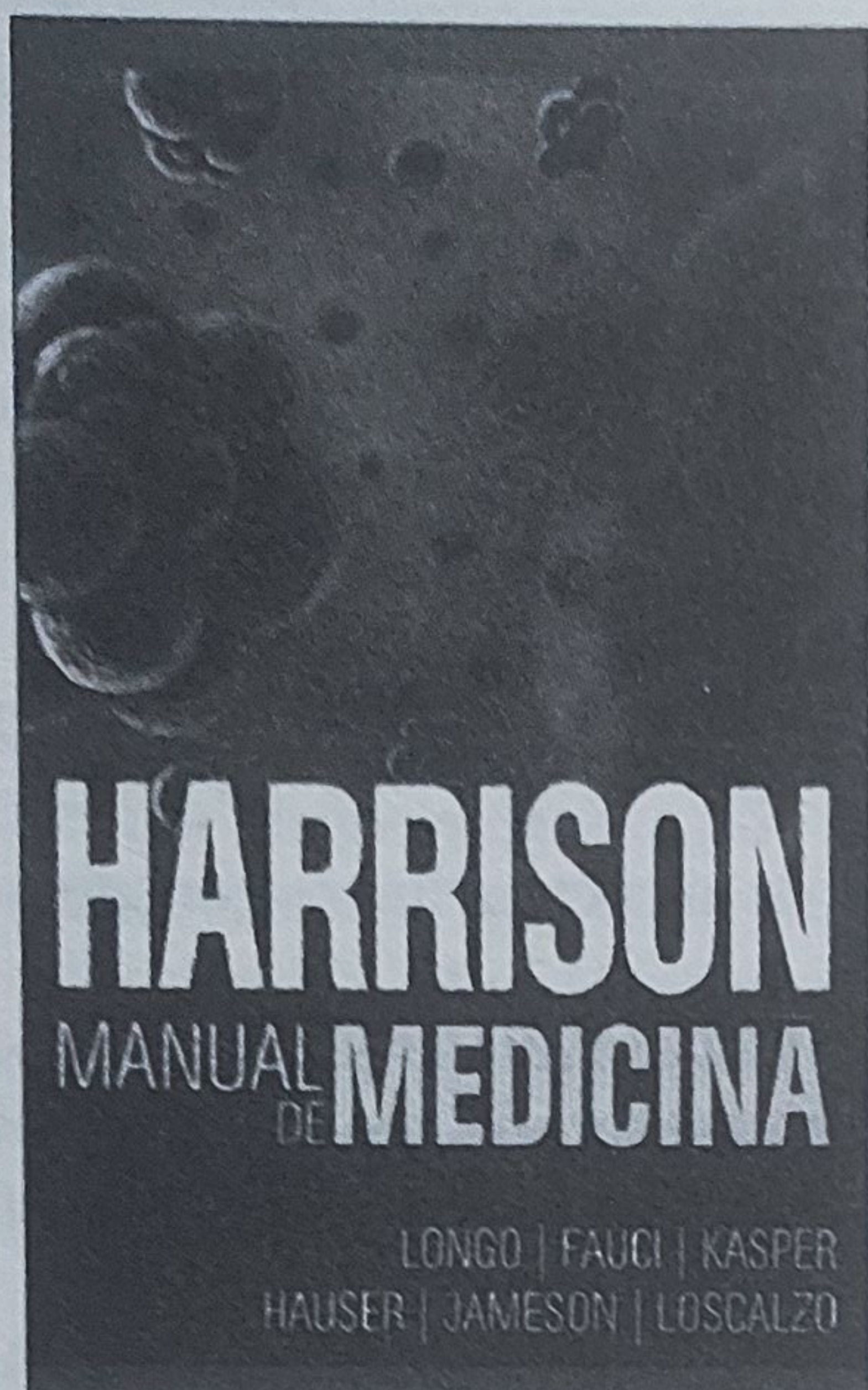
- investigarea detaliată a problemelor (caracteristicile globale ale simptomelor);
- identificarea factorilor precipitanți (dezvăluie vulnerabilitatea și schema cognitivă disfuncțională);
- percepția pacientului (chestionarea directă, lista gândurilor negative automate, tehnica „săgeții verticale”);
- identificarea aspectelor cele mai stresante (ierarhizare);
- examinarea istoriei de viață (evenimente pe care le-a depășit cu succes, accesarea unor resurse terapeutice proprii, evidențierea strategiilor adaptative care au funcționat în trecut);
- evidențierea ideății suicidare (tentative anterioare, consum de alcool, rigiditate în gândire, impulsivitate, lipsa de speranță, simptome psihotice, anhedonie, atitudine pasivă, reducerea interesului pentru lumea exterioară, lipsa suportului afectiv, planul de acțiune);
- accentuarea calităților pacientului („puncte tari”, identificarea și conștientizarea resurselor proprii);
- stabilirea unor obiective realiste;
- înțelegerea bolii din perspectiva cognitiv-comportamentală (descrierea modului în care funcționează, intelectualizare);
- examinarea obiectivă a cognițiilor disfuncționale;
- identificarea obstacolelor și gândire realistă (reducerea fenomenului de „minimalizare a problemelor”, elaborarea unui plan concret și etapizat de modificare a stilului de viață);
- repetarea comportamentelor sanogene (real, imaginar în timpul exercițiilor de relaxare);

- sarcini pentru acasă (în acord cu clientul);
- clarificare incertitudinilor față de boală (ajutor în a înțelege fără a antrena cercul reconfirmărilor);
- administrarea întăririlor pozitive;
- automonitorizarea evoluției simptomelor (obiectivarea cu ajutorul scalelor generale de la 0 la 100 de puncte).

Bibliografie

1. Grobman J., Wallsh E. (1986) – Specialized Psychiatric Services to the Cardiac Surgery Service în Collins A.H., Kraus H.H.: *The Provider's Guide to Hospital-Based Psychiatric Services*, Aspen, Rockville, 203-216.
2. Lane D. et al. (2002) – The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction, *Br. J. Health. Psychol.*, 7:11-21.
3. Blumenthal J.A. et al. (2003) – Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery, *Lancet*, 362:604-609.
4. Ladwig K.H. et al. (1991) – Affective disorders and survival after acute myocardial infarction, *Eur. Heart. J.*, 12:959-964.
5. Ruo B., Rumsfeld J.S., Hlatki M.A., Liu H. (2003) – Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study, *JAMA*, 290(2):215-221.
6. Parissis J.T., Adamopoulos S., Rigas A. (2004) – Comparasion of proinflammatory cytokines and soluble apoptosis mediators in patients with chronic heart failure with versus without symptoms of depression, *Am. J. Cardiol.*, 94(10):1326-1328.
7. Moser D.K., Dracup K. (1996) – Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events?, *Psychosom. Med.*, 58(5):395-401.
8. Januzzi J.L., Stern T.A., Pasternak R.C. (2000) – The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery diseases, *Arch. Intern. Med.*, 160(13):1913-1921.
9. Levenson J.L. (2006) – Psychiatric issues in heart disease, *Primary Psychiatry*, 218(7):29-32.
10. Child A. et al. (2010) – Meeting the psychological needs of cardiac patients: an integrated stepped-care approach within a cardiac rehabilitation setting, *Br. J. Cardiol.*, 17(4):175-179.
11. Zahmacioglu O. et al. (2011) – Coming from behind to win – A Qualitative research about psychological conditions of adolescents who have undergone open-heart surgery for single ventricle between the ages 0-5, *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 6:155.
12. Freud A. (2002) – *The ego and the mechanism of defense*, New York International Universities Press, (1966) trad. Freud A: Eul și mecanisme de apărare. Ed. Fundației Generația, București.
13. McMurray R. et al. (2001) – A life less ordinary: growing up and coping with congenital heart disease, *Coron. Health. Care*, 5:51-57.
14. Weiberger D.A. (1990) – The construct validity of the repressive coping style. În *Repression and Dissociation*, Ed. Singer J.L., Chicago, IL., The University of Chicago Press, 76-102.

15. Tong E.M. et al. (1998) – Growing up with congenital heart disease: the dilemmas of adolescents and young adults, *Cardiol. Young.*, 8:303-309.
16. Lawoko S., Soares J.J. (2002) – Distress and hopelessness among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases, and parents of healthy children, *Journal of Psychosomatic Research*, 52:193-208.
17. Gersony W.M. et al. (1993) – Second natural history study of congenital heart defects: quality of life of patients with aortic stenosis, pulmonary stenosis or ventricular septum defect, *Circulation*, 87:52-65.
18. Phipps L. (1991) – Psychiatric aspects of heart transplantation, *Can. J. Psychiatry*, 1936:563-568.
19. Levenson J.L., Olbrisch M.E. (1993) – Psychiatric aspects of heart transplantation, *Psychosomatics*, 34:114-123.
20. Paris W., Muchmore J., Pribil A. (1994) – Study of the relative incidence of psychosocial factors before and after heart transplantation and the influence of posttransplantation psychosocial factors on heart transplantation outcome, *J. Heart Lung Transplant*, 13:424-430.
21. Paraskevi T. (2012) – Psychological issues after cardiac transplantation: A case study, *J. Clin. Exp. Cardiol.*, 3:10-11.
22. Grandi S., Fabbri S., Tossani E. (2001) – Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria, *Psychoter. Psychosom.*, 70:176-183.
23. Freyberger H.J. (1995) – *Interview for Field Trials of Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR)*, Lubeck, University of Lubeck.
24. Ironson G., Taylor C.B., Boltwood M. (1992) – Effects of anger on left ventricular ejection fraction in coronary artery disease, *Am. J. Cardiol.*, 70(3):281-285.
25. Holdevici I. (2009) – *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală. Gândirea pozitivă – cheia sănătății și eficienței*, Ed. Trei, București, 489-501.



HARRISON

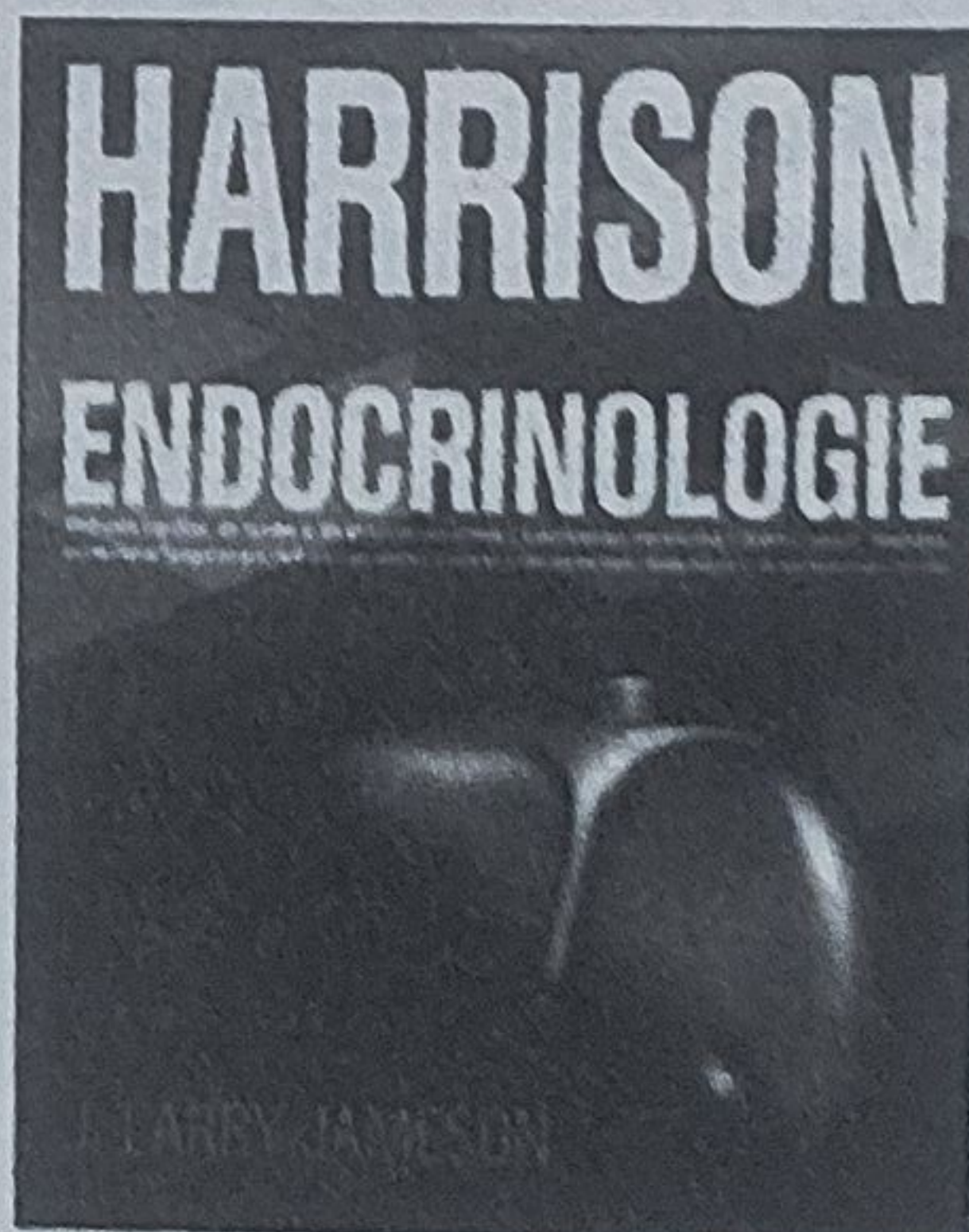
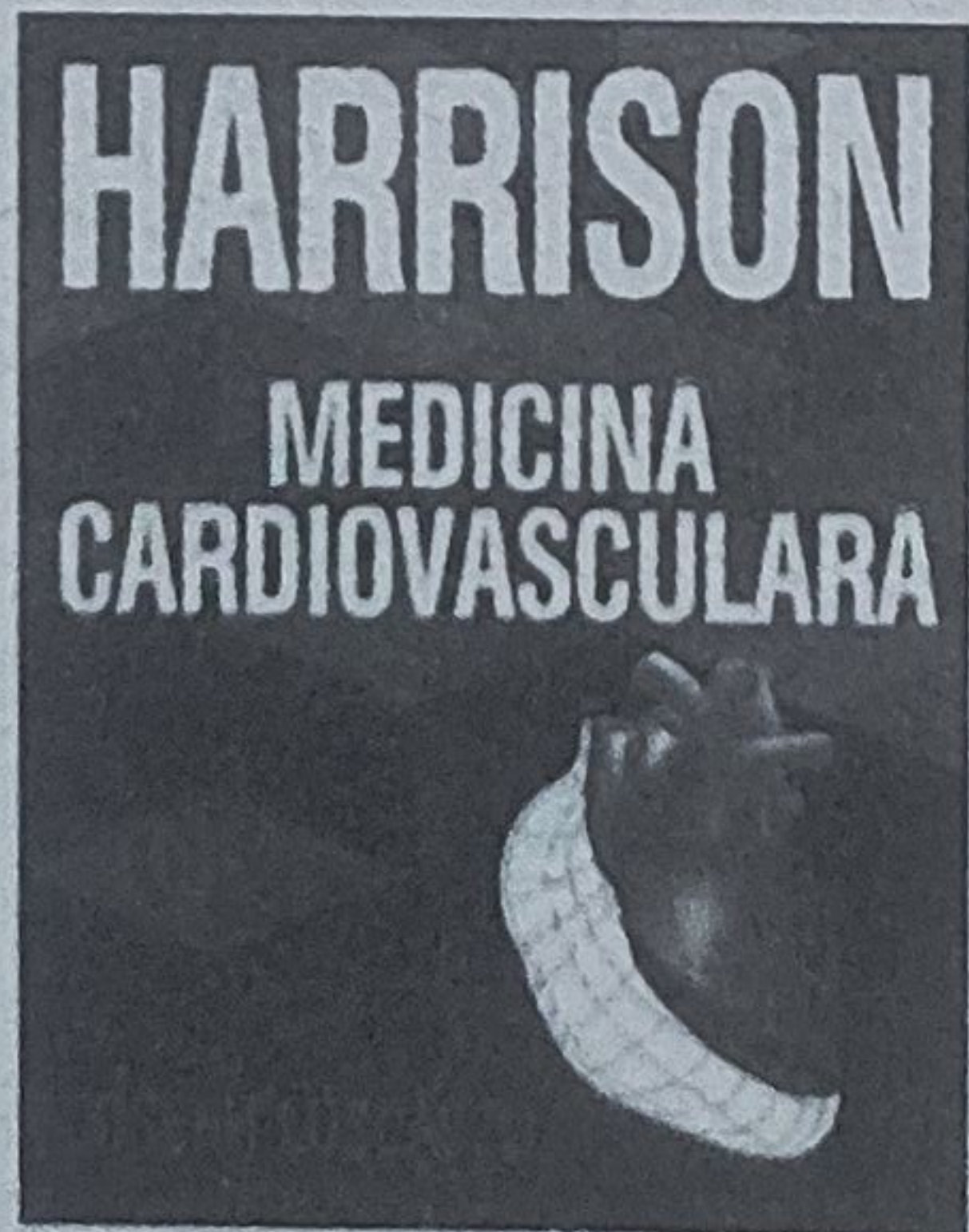
MANUAL DE MEDICINĂ

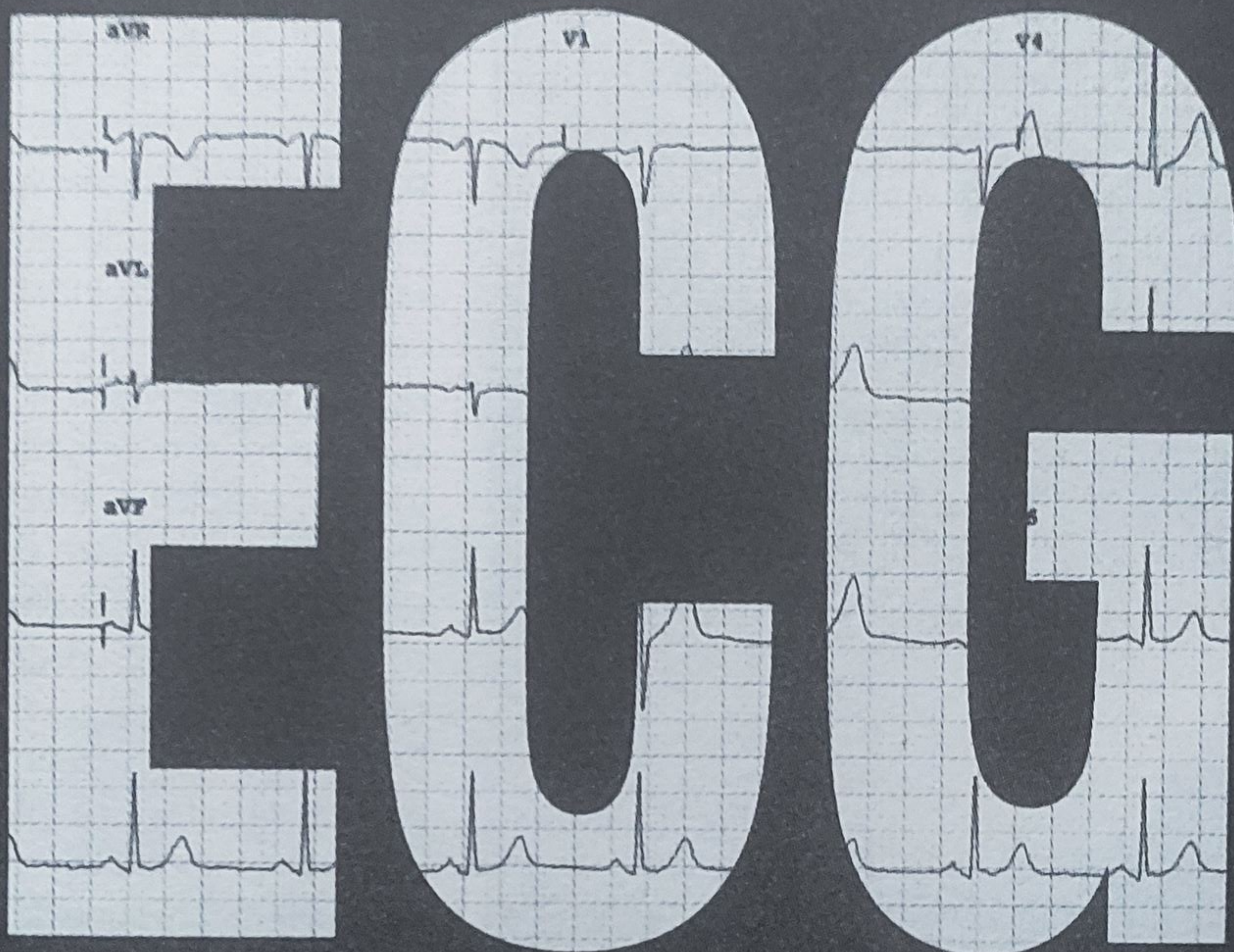
Având la bază ediția a 18-a a renumitului **Harrison's Principles of Internal Medicine**, această lucrare cuprinde aspectele esențiale ale diagnosticului, ale manifestărilor clinice și ale tratamentului celor mai importante afecțiuni care se pot întâlni în practica medicală curentă. O sursă rapidă de informații, atât pentru studenți, cât și pentru clinicieni. Datorită formatului, este ușor de consultat, cititorul putând localiza cu rapiditate informația dorită pentru formularea diagnosticului inițial, o descriere sumară a fiziopatologiei și o schiță de tratament în timpul scurt avut la dispoziție pentru consultația în cabinetul medical.

Utilizând scheme, grafice, algoritmi și tabele, lucrarea acoperă fiecare arie a medicinei clinice, incluzând:

- etiologia și epidemiologia
- fiziopatologia relevantă clinic
- semne și simptome
- diagnosticul diferențial
- examene de laborator
- tratament medicamentos
- recomandări practice

Cărțile de medicină din seria Harrison sunt definitorii pentru practica medicală modernă. Cuprind informații de ultimă oră, oferind cel mai bun material pentru studiu și cel mai ușor de înțeles instrument în pregătirea medicală de înaltă clasă.

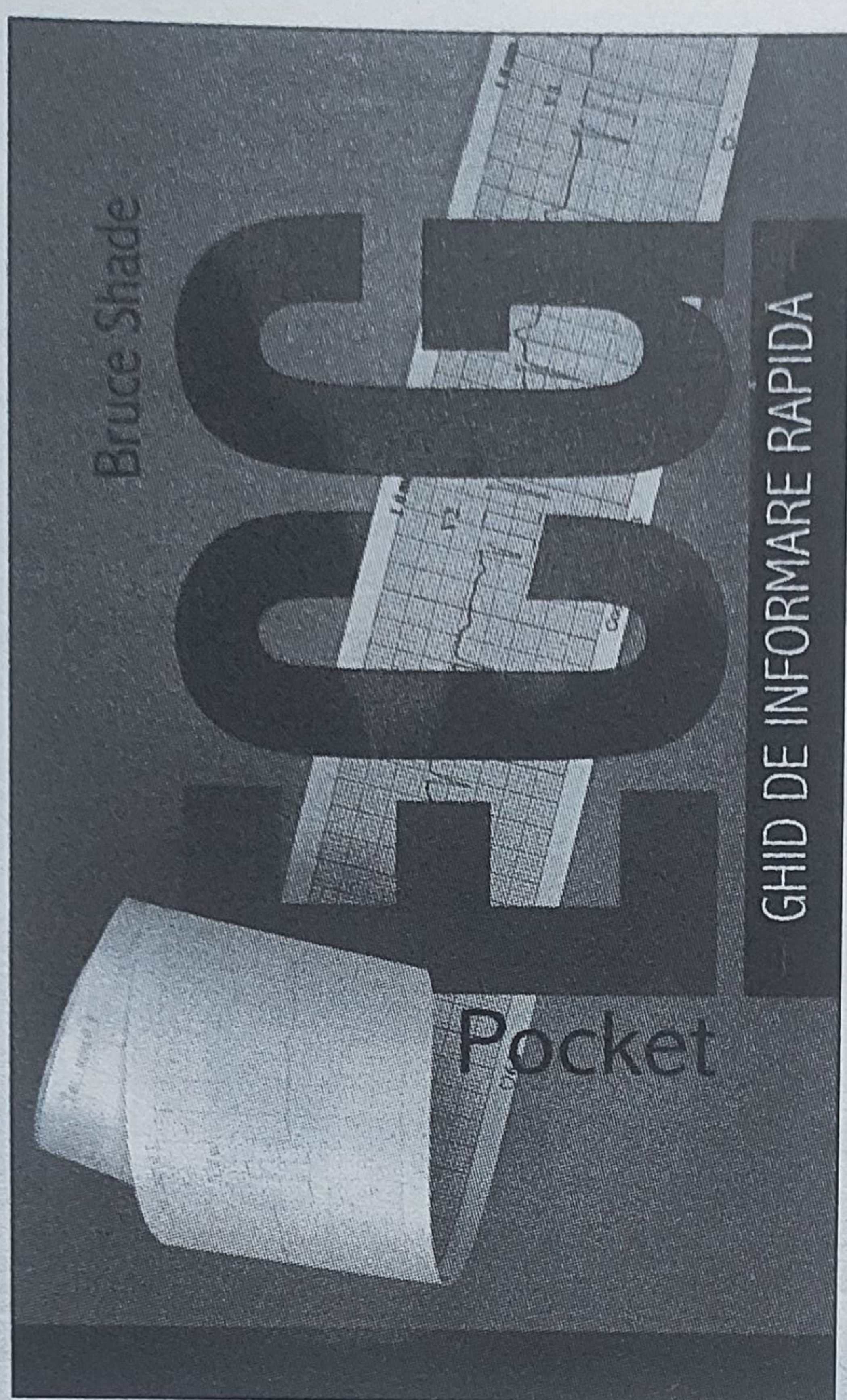




ÎN 10 ZILE

DAVID R. FERRY

- Învăță să interpretezi rapid un ECG
- Peste 250 de trasee ECG interpretate
- Toate informațiile necesare pentru a utiliza ECG-ul în practica medicală zilnică



POCKET ECG

Bruce Shade

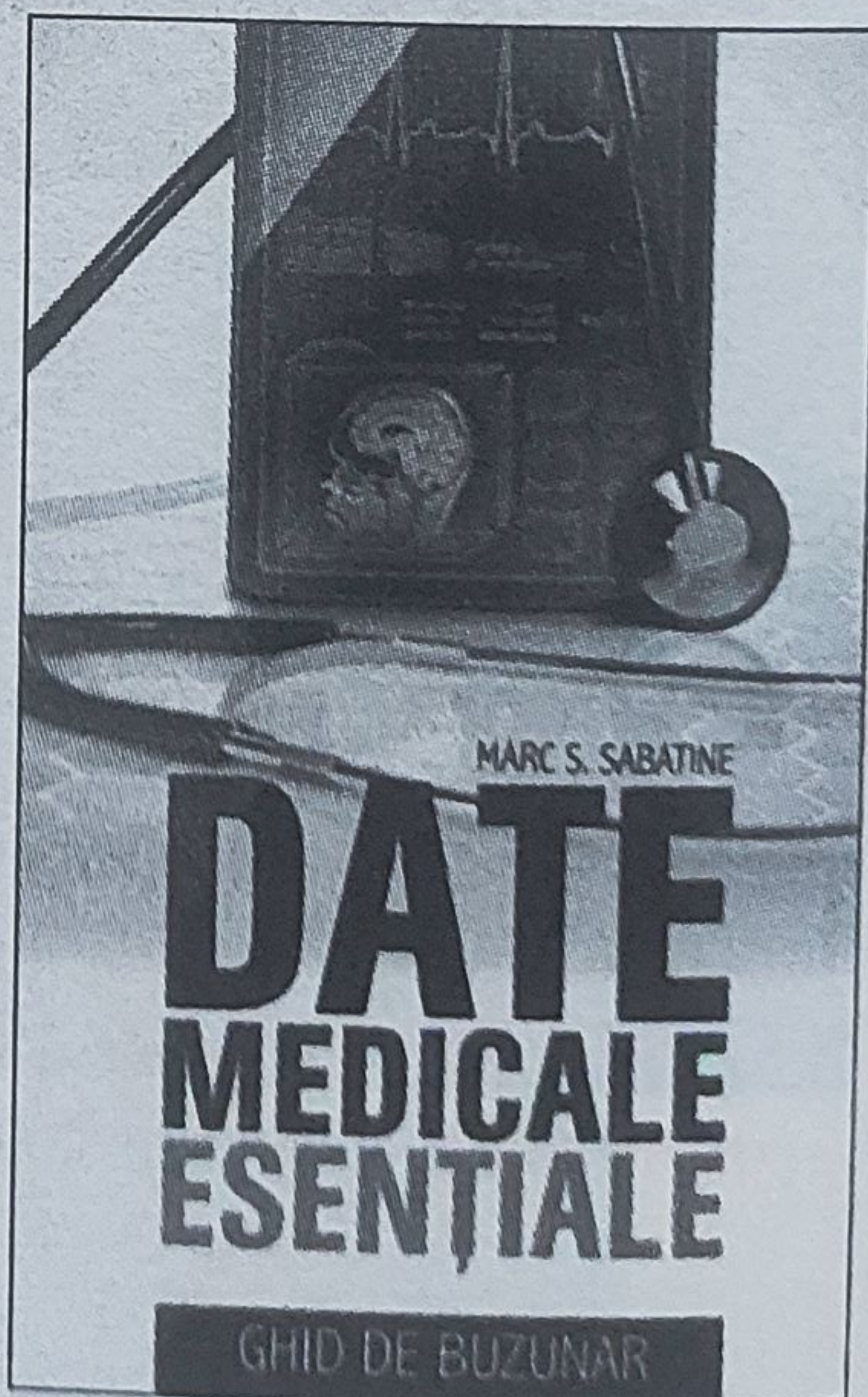
Pocket ECG este un ghid ușor de folosit, portabil, ce poate fi consultat rapid. El pune la îndemâna medicului practicant informații esențiale despre variatele aritmii și alte afecțiuni cardiace, permițând acestuia să identifice rapid ce vede pe teren sau în condiții clinice. Este, de asemenea, un instrument util în sala de curs, pentru ca studentul să găsească rapid informații cheie.

Designul simplu vizual și colorat al acestei cărți face ca informațiile să poată fi găsite cu ușurință, chiar în condițiile de presiune de pe teren sau în mediul clinic.

DATE MEDICALE ESENȚIALE

Marc S. Sabatine

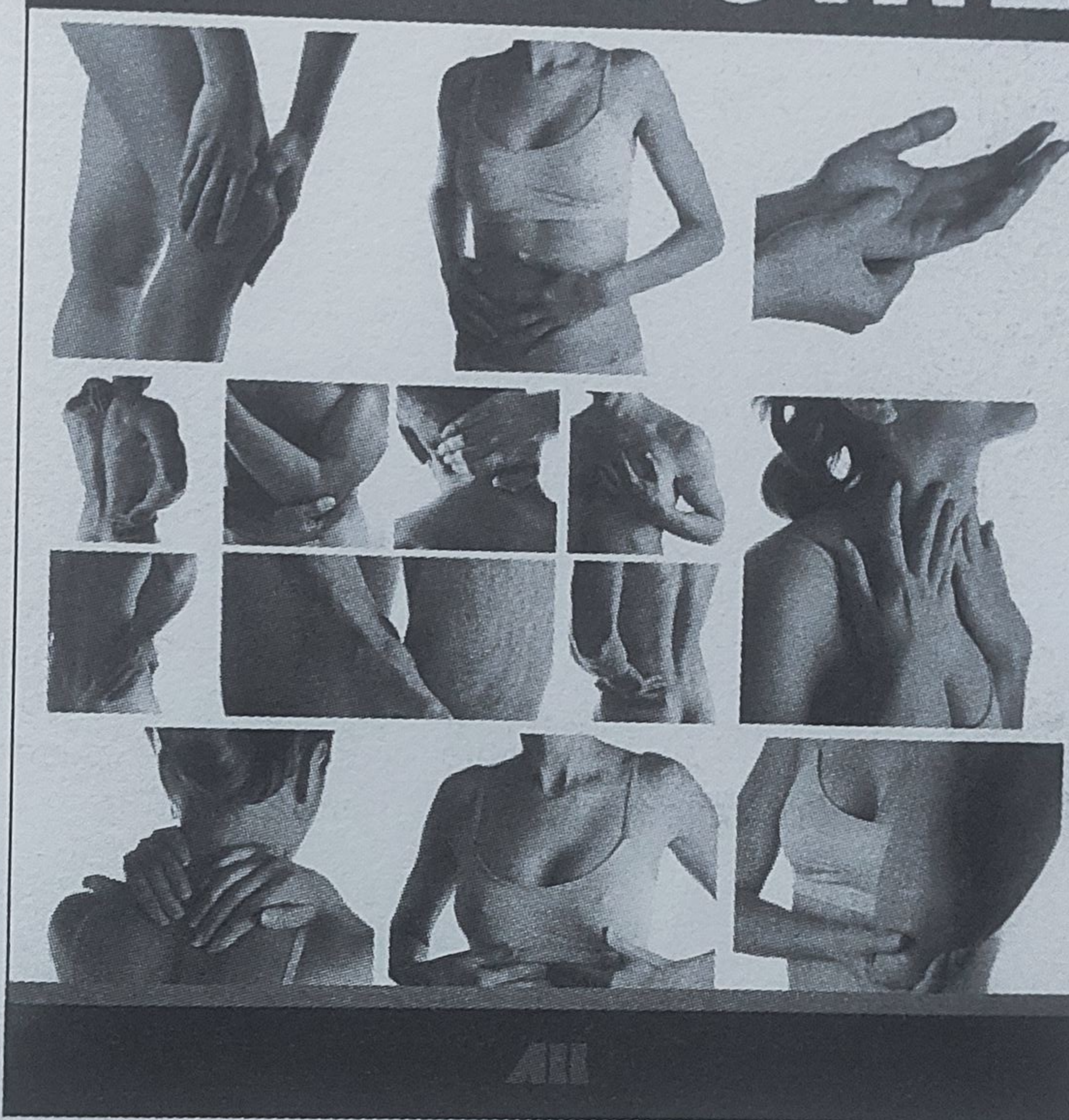
Un ghid esențial în practica medicală, care cuprinde toate datele de care are nevoie un medic pentru a stabili rapid un tratament eficient. Formatul de buzunar, logica structurii și concizia informației permit oricărui medic accesul rapid la datele-cheie pentru abordarea celor mai frecvente probleme medicale, indiferent de specialitate.



REPERTOAR
DE

Keith Hopcroft și Vincent Forte

SIMPTOME



Recomandat de:



Scrisă de doi medici generaliști, această carte analizează peste 100 de simptome întâlnite frecvent în practica medicală curentă, pentru fiecare fiind descrise manifestările clinice, diagnosticul diferențial și posibilele investigații.

PSIHOCARDIOLOGIE

Psihocardologia constituie o apariție editorială inedită în literatura medicală și psihologică românească, evidențiind o relație legitimă și plină de aplicații practice între cele două specialități.

Asocierea reușită între două personalități – profesorii Ioan-Bradul Iamandescu și Crina Julieta Sinescu de la UMF „Carol Davila”, București – a făcut posibilă realizarea acestei lucrări de mare amploare care abordează domeniul psihocardilogiei.

Profesorul Ioan-Bradul Iamandescu, personalitate a medicinei academice românești, primul profesor de Psihologie medicală și Psihosomatică, s-a remarcat prin contribuții deosebite la statutul psihocardilogiei ca o ramură distinctă a psihosomaticii, cu un cadru nosologic bine definit și cunoscut. El se numără printre marile personalități care s-au preocupat de îmbunătățirea învățământului clinic bazat pe o gândire modernă de orientare biopsihosocială în practica medicinei.

Prezență binecunoscută în cardiologia din țara noastră, prof. dr. Crina Julieta Sinescu a dovedit deplină înțelegere pentru problematica psihocardilogiei, încurajând și participând la realizarea unor cercetări referitoare la etiopatogenia psihosomatică a hipertensiunii arteriale și a bolii cardiace ischemice, desfășurate în clinica pe care o conduce la spitalul „Bagdasar-Arseni”. A oferit numeroase sugestii rezultate din observația clinică psihologilor cu care a elaborat în comun câteva capitole ale acestei cărți.

Lucrarea se adresează în primul rând psihologilor clinicieni și corpului medical – în special cardiologilor, interniștilor și medicilor de familie –, dar și publicului larg, care cuprinde un mare număr de bolnavi cardiaci, inclusiv aceia „în devenire”, ce ar putea beneficia de cunoștințele desprinse din paginile cărții spre a preveni sau încetini instalarea unei boli cardiace.

